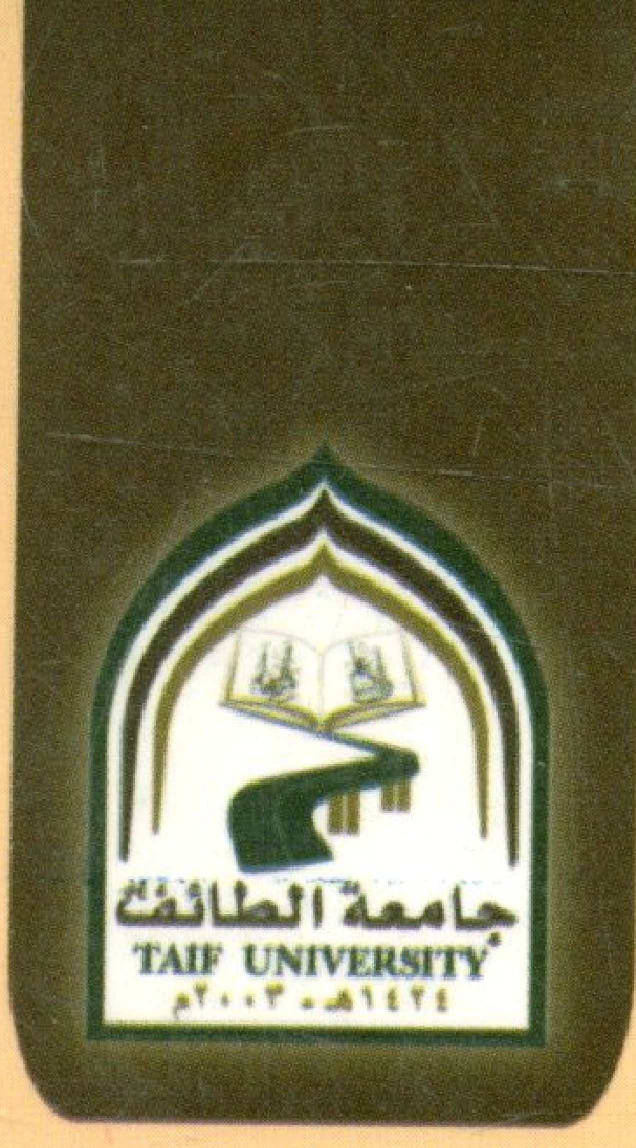
المملكة العربية السعودية
وزارة التعليم العالي
جامعة الطائف
إدارة النشر العلمي



تخطيط الخدمات الصحية

الأصول العلمية والتطبيقات العملية

الدكتور
عبدالعزيز سلطان العنقري
أستاذ إدارة الموارد البشرية المشارك
وعميد كلية العلوم الإدارية والمالية سابقاً
جامعة الطائف

الأستاذ الدكتور
عبدالحميد عبدالفتاح المغربي
أستاذ إدارة الأعمال
وعميد كلية التجارة بدمياط جامعة المنصورة سابقاً
أستاذ إدارة الأعمال بكلية العلوم الإدارية
والمالية جامعة الطائف

٢٠١٤



تخطيط الخدمات الصحية

الأصول العلمية والتطبيقات العملية

الدكتور
عبد العزيز سلطان العنقري
أستاذ إدارة الموارد البشرية المشارك
وعميد كلية العلوم الإدارية والمالية سابقا

جامعة الطائف

الأستاذ الدكتور
عبد الحميد عبد الفتاح المغربي
أستاذ إدارة الأعمال
وعميد كلية التجارة بدمياط جامعة المنصورة سابقا
أستاذ إدارة الأعمال بكلية العلوم الإدارية والمالية جامعة الطائف

2014

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر

العنقري ، عبد العزيز سلطان
تخطيط الخدمات الصحية الأصول العلمية والتطبيقات العملية ./
عبد العزيز سلطان العنقري ، عبد الحميد المغربي ـ الطائف ،
١٤٣٥ هـ
٣٤٥ ص ؛ ٢٤ سم
ردمك : ٨ ـ ٧١ ـ ٨١١٥ ـ ٦٠٣ ـ ٩٧٨

١ ـ التخطيط الصحي ٢ـ الخدمات الصحية أ. المغربي ، عبد الحميد
(مؤلف مشارك) ب. العنوان
ديوي ٨٤١ , ٣٥٠ ١٤٣٥ / ٤٤٣١

رقم الإيداع : ١٤٣٥/٤٤٣١
ردمك : ٨ ـ ٧١ ـ ٨١١٥ ـ ٦٠٣ ـ ٩٧٨

بسـم الله الرحمن الرحيم

(وَالَّذِي هُوَ يُطْعِمُنِي وَيَسْقِينِ {79} وَإِذَا
مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِينِ) {80} {الشعراء
صدق الله العظيم .

محتويـــات الكتـــاب

فهرس الجداول

فهرس الأشكال

مقدمـــــة الكتـــاب

الحمـد لله رب العـالمين ، والصـلاة والسـلام علـى سـيدنا محمد وعلى أهله وصحبه والتابعين ، وبعد

يعد التخطيط من أهم عناصر العملية الإدارية التي تشمل إلى جانب التخطيط : التنظيم والتوجيه والرقابة. فالتخطيط مطلوب في جميع المجالات ومنها التخطيط في المنظمات الصحية إذ يعمل على التنبؤ بما سيكون عليه الحالي مستقبلا ، مع الاستعداد لمواجهة هذا المستقبل بالخطط والبرامج المناسبة ، بالإضافة إلى توقع المشكلات والسعي لوضع الحلول المناسبة لها وخصوصاً أنها في المجال الصحي لا تحتمل التأخير .

ويعرف التخطيط بإيجاز بأنه : مرحلة التفكير والتنبؤ التي تسبق تنفيذ العمل فالتخطيط يرتبط بالمستقبل والاستعداد العلمي المنظم للاحتمالات المستقبلية ، وهو بهذا يشمل تحديد الأهداف ووسائل تحقيقها والتأكد من سير العمل نحو الوصول إلى الأهداف المحددة .

والتخطيط الصحي Health Planning هو العملية التي من خلالها يحاول المسئولون عن التخطيط الصحي نقل نظام وضع قائم إلى وضع أفضل بحيث تصبح أعمال وأنشطة المنظمات الصحية أكثر إنتاجية وفعالية وكفاءة ، وينتج عن عملية التخطيط الصحي الخطط أو البرامج التي تسعى المنظمات الصحية لتحقيقها ، وكذلك التحديات المستقبلية وطرق تلافيها حتى لا تؤثر على استمرارية المنظمات الصحية ومستوى الأداء.

ويمكننا تعريف تخطيط الخدمات الصحية بأنه : العملية التي تبدأ بالتنبؤ باحتياجات أفراد المجتمع الصحية واتخاذ القرارات المناسبة بشأنها ، في ضوء الموارد المتاحة ، لتحديد البرامج والخدمات الطبية المطلوبة ، وتقويم الخدمات القائمة وتطويرها بجانب توفير القوى العاملة المؤهلة بالأعداد المناسبة لتقديم الخدمة المطلوبة بكفاءة وفعالية. وفي ضوء ما سبق يمكننا القول أن تخطيط الخدمات الصحية يمثل عملية اقتران الفكر بالقرار في اختيار بديل من عدة بدائل لتحقيق الأهداف المطلوبة . كما يعد أداة تستهدف فعالية البرامج والخدمات الصحية المقدمة من المنظمة الصحية لتوفير خدماتها بأعلى جودة وأقل تكلفة.

ويوجد في المملكة العربية السعودية 20 مديرية للشئون الصحية تابعة لوزارة الصحة، وأربع مدن طبية على أعلى مستوى ، وأكثر من 2750 مركزاً للرعاية الصحية الأولية ، وأكثر من 387 مستشفى (264 تابعة لوزارة الصحة والمؤسسات الحكومية الأخرى، و123 تابعة للقطاع الخاص) بحسب إحصائيات 1428 هـ ، والعديد من المراكز الصحية المتخصصة والإدارات المختلفة التابعة لوزارة الصحة. كل ذلك يحتاج إلى إدارات فعالة للتخطيط للخدمات الصحية المقدمة للمرضى والعملاء، تعمل بشكل مستمر على صياغة الرؤية المستقبلية وبناء الغايات والأهداف العامة وتنمية وتطوير الخطط الاستراتيجية والبرامج والموازنات .

إن غياب التخطيط العلمي المدروس في المنظمات الصحية يعد من أبرز المشكلات التي تواجهها تلك المنظمات ، حيث يعوق ذلك تطوير خدمات المنظمات الصحية وقدرتها على مواجهة المستقبل بمختلف احتمالاته ويتسبب في تخبط جهود العمل فيها.

ولقد قسم المؤلفان هذا الكتاب إلى أربعة أبواب رئيسة ، يتناول **الباب الأول :المدخل لدراسة الخدمة الصحية** ، وفيه يعرض الفصل الأول لمفهوم الخدمات الصحية والأبعاد الجوهرية لدراستها ، أما الفصل الثاني فيتناول جودة الخدمات الصحية .

أما الباب الثاني فنعرض فيه لموضوع التخطيط الإداري للخدمات الصحية وذلك من خلال ثلاثة فصول ، فيعرض الفصل الثالث لتخطيط الخدمات الصحية (المفهوم / الأنواع /الخصائص/مهارات القائمين عليه) ، وفي الفصل الرابع نتناول تفصيلا التنبؤ بالطلب على الخدمات الصحية ، وفي الفصل الخامس ندرس حل المشكلات واتخاذ القرارات في المجال الصحي .

أما الباب الثالث فنعرض فيه لأبعاد التخطيط الوظيفي للخدمات الصحية من خلال أربعة فصول، يتناول الفصل السادس ما يتعلق بتسويق الخدمات الصحية ، أما الفصل السابع فيعرض لموضوع تخطيط الموارد البشرية للخدمات الصحية ، وفي الفصل الثامن نتناول موضوع التخطيط المالي للخدمات الصحية، وفي الفصل التاسع فنعرض فيه لموضوع تخطيط العمليات الفنية والإنتاجية للخدمات الصحية

ثم ننتقل في **الباب الرابع والأخير فنعرض فيه لموضوع من أهم الموضوعات التي تتعرض للتخطيط في المجال الصحي ألا وهو التخطيط الاستراتيجي والمقارن في مجال الخدمة الصحية**، موضحين من خلال الفصل العاشر لموضوع التخطيط الاستراتيجي المفهوم والأبعاد والمراحل الجوهرية في المجال الصحي ، أما الفصل الحادي عشر فقد

خصصناه لعرض الخطة الاستراتيجية لوزارة الصحية بالمملكة العربية السعودية (1431 – 1440هـ) كأفضل تطبيق لمجال التخطيط الاستراتيجي في المجال الصحي، وفي الفصل الثاني عشر والأخير تناولنا التخطيط المقارن في مجال الخدمات الصحية .

وإننا إذ نقدم **هذا الكتاب** الذي يشتمل على موضوعات متعددة ومتنوعة في مجال تخطيط الخدمات الصحية ، والذي نستشعر معه أنه سيكون إضافة جوهرية إلى المكتبة العربية التي تشكو الندرة في هذه المراجع ، ندعو الله أن نكون قد وفقنا في عرض موضوعاته وتسلسلها بشكل يفيد القارئ ، سواء كان طالبا بمرحلة البكالوريوس والدراسات العليا أو ممارسا في المجال العملي في منظماتنا العربية. ونقدم شكرنا وتقديرنا لأساتذتنا وزملائنا الأفاضل الذين سبقونا بالكتابة في هذا المجال.

ونوجه عظيم شكرنا وامتناننا لكل من أسهم معنا برأي أو جهد ، جزى الله الجميع عنا كل خير.

والله من وراء القصد ،

د. عبد العزيز بن سلطان العنقري　　　　أ.د. عبد الحميد عبد الفتاح المغربي

الباب الأول

المدخل لدراسة الخدمة الصحية

الفصل الأول

الخدمات الصحية المفهوم والأبعاد الجوهرية

الفصل الثاني

جودة الخدمات الصحية



الفصل الأول

الخدمات الصحية
المفهوم والأبعاد الجوهرية

✍ بقراءتك لهذا الفصل يمكنك الإلمام بالموضوعات التالية :

- مفهوم الخدمة الصحية وخصائصها.
- مكونات نظام الخدمات الصحية.
- محاور ومعايير تقديم الخدمة الصحية.
- معايير تقديم الخدمات الصحية .
- المبادئ الأساسية للسياسات الإصلاحية لتقديم الخدمة الصحية.
- مصفوفة محفظة الأعمال في مجال الخدمات الصحية .
- تكنولوجيا الخدمات الصحية .

مقدمـــة :

يشير مفهوم الصحة في معناه الأساسي إلى " تحقيق حالة السلامة العامة البدنية والعقلية والنفسية للفرد " ؛ حيث يرتبط المستوى الصحي للفـرد بحالـة المسـكن ، ومستوى التعليم ، ومستوى الغذاء ونوعه ، ومدى نظافة البيئـة المحيطـة ، وجـودة الخدمات الصحية المتاحة له ومدى إمكانية الحصول عليهـا ، فالمسـتوى الصـحي للإنسان يتعلق بحالة المستويات الأخرى في الإسكان ، والتعليم ، والبيئة ، والغذاء، إلى جانب مستوى الرفاهة الاقتصادية ؛ فتهدف السياسات الصحية إلـى الوصـول لحالة السلامة الصحية المتكاملة كي يـؤدي الفـرد دوره بفاعليـة داخـل محيطـه الاجتماعي.

ويعرف البنك الدولي مفهوم الصحة من خلال مصطلح القدرة على تحقيق الصـحة في داخل المجتمع وأنها تلك الحالة المرتبطة بما يحدثه ازدياد الدخل والتعليم فـي سـلوك الأفراد ، ومقدار النفقات وكفاءة استخدامها في النظام الصحي للدولة مـع النظـر لمـدى انتشار الأمراض في داخل المجتمع متلازمـــا مع ظروف المناخ والبيئة " ، وتتحدد الحالة الصحية في أي بلد في العالم (وفق تقارير التنمية البشريـــة التي يشرف عليهـا برنـامج الأمم المتحدة الإنمائي) في ضوء العوامل الثلاثة التالية :

١. الأوضاع العامة في داخل الدولة وتشمل (النهج السياسي ، حالـة الاقتصـاد الـوطني، ونمط الإنتاج والتوزيع والاستهلاك ، وطبيعة تطور النظام التعليمي.
٢. الأوضاع البيئية (مدى نظافة الجو والمياه والتربة).
٣. فاعلية النظام الصحي وسياساته العامة القائمة في داخل الدولة.

وأكدت في هذا السياق تقارير التنمية الدولية علـى ضـرورة أن تتـوخى السياسات الصحية في تطبيقها تحقيق أفضل المستويات في تطبيقها ، والتقليـل قـدر الإمكان من حالات عدم المساواة والعمل على إقرار العدالة بين الأفـراد فـي داخـل المجتمع ، وهو ما يستلزم ضرورة النظر إلى قضايا الصحة من منظـور السياسـات العامة ، وهو المنظور الذي يحتاجه الإداريون والمتخصصون في الحقل الصحي بمـا يمكن من وضع المقاييس المثالية للكفاءة والفاعلية ، والتي تأخذ في حسبانها العناصـر الأساسية المؤثرة في سياسات الصحة الوطنية من مؤشراتٍ ومقاييس تتصل بالإنفاق والموارد الصحية ، التنظيم الإداري الصحي في الدولة ، إدراك مشكلاتها الأساسية ، ورصد مؤشرات التنفيذ الأساسية المتعارف عليها دوليـا للوصـول إلـى التقـويم ، وأولويات السياسة الصحية بعد إدراك مشكلاتها الأساسيـة ....إلخ .

ويتناول هذا الفصل الموضوعات التالية :

- مفهوم الخدمة الصحية وخصائصها.
- مكونات نظام الخدمات الصحية.
- محاور ومعايير تقديم الخدمة الصحية.
- معايير تقديم الخدمات الصحية .
- المبادئ الأساسية للسياسات الإصلاحية لتقديم الخدمة الصحية.
- مصفوفة محفظة الأعمال في مجال الخدمات الصحية .
- تكنولوجيا الخدمات الصحية .

أولا : مفهوم الخدمات الصحية وخصائصها :

تتمتع الخدمات الصحية كغيرها من الخدمات، بمجموعة من الخصائص تميزها عن المنتجات الأخرى ومنها أنها **غير ملموسة intangibility**، فلا يمكن مشاهدتها ولمسها، كذلك فهناك **تزامن بين وقت إنتاجها واستهلاكها Inseparability** أي أنها تنتج وتقدم للانتفاع في وقت واحد، كما تتميز **بالتباين Heterogeneity** أي عدم القدرة على تقديم المستوى نفسه من جودة الخدمة، فالطبيب يصعب عليه التعهد بتقديم خدمات متماثلة ومتجانسة على الدوام، بالإضافة إلي خاصية تعرضها **للهلاك Perishability** أي عدم إمكانية تخزينها والاحتفاظ بها لحقبة من الزمن، وأخيرا فهناك أيضا خاصية **عدم التملك Lack of ownership** أي عدم إمكانية الانتفاع بها أو التمتع بحق امتلاكها.

إضافة للخصائص السابقة، يمكننا أن نخص الخدمات الصحية بمجموعة مزايا تعود إلى خصوصيتها، ومن أبرز هذه المزايا:

- تتميز خدمات المنظمات الصحية بكونها عامة للجمهور، وتسعى من تقديمها إلى تحقيق منفعة عامة لمختلف الجهات والأطراف المستفيدة.
- تتميز بكونها على درجة عالية من الجودة فهي مرتبطة بحياة الإنسان وشفائه وليس بأي شيء آخر يمكن تعويضه أو إعادة شرائه.
- تتأثر المنظمات الصحية بصفة خاصة بالقوانين والأنظمة الحكومية سواء كانت تابعة للدولة أو للقطاع الخاص.
- في منظمات الأعمال، تكون قوة القرار بيد شخص واحد، أو مجموعة من الأشخاص يمثلون الإدارة، في حين تتوزع قوة القرار في المنظمات الصحية بين مجموعة الإدارة ومجموعة الأطباء.
- نظراً لتذبذب الطلب على الخدمة الصحية في ساعات اليوم أو الأسبوع أو الموسم وبهدف الاستجابة إلى أقصى حد ممكن من الخدمات، فهذا يستوجب الاستعداد المبكر وحشد الطاقات الإدارية والفنية لإنتاج الخدمة الصحية لطالبيها وعدم إمكانية التأخر والاعتذار عن الاستجابة للطلب لأن في ذلك إخفاق في مهمة المتشفى الإنسانية.

خصائص الخدمة الصحية :

تعد الخدمات الصحية من أكثر الخدمات التي يقع على عاتق الكثير من الدول توفيرها نظرا لأن وجودها وتوافرها بدرجة مناسبة يؤدى إلي حماية أغلب السكان من الأمراض وذلك عن طريق الوقاية والعلاج وبالتالي يشعر الفرد بالاطمئنان والسعادة وينعكس ذلك على علاقة الفرد بالآخرين ولهذا فالفرد السليم صحيا أقدر على خدمة مجتمعه وهو أكثر كفاءة من الناحية الاقتصادية وأكثر تحملا لمشاق العمل من الشخص المريض ، لذلك فالدول المتقدمة تولي برامج الرعاية والخدمات الصحية اهتماما كبيرا وقد حدث مؤخرا اهتماما دوليا بالنواحي الصحية ومنها إقامة العديد من المؤتمرات الطبية والصحية العالمية وعقدت اتفاقيات دولية صحية عديد والتي كللت بإنشاء منظمة الصحة العالمية التابعة لهيئة الأمم المتحدة .

وتعرف الخدمات الصحية : بأنها مجموعة من الخدمات الوقائية والعلاجية التي إذا تم تطبيقها تجنب الأفراد الإصابة بالعديد من الأمراض وتشمل التغذية السليمة والكشف الطبي الدوري الشامل والوقاية من الأمراض المعدية والأمان والإسعافات الأولية والعناية بالجسم والمحافظة عليه للأفراد المعاقين والأسوياء وتوفير الأجهزة والأدوات التعويضية للأفراد المعاقين والخدمات العلاجية .

من خلال ما سبق ، يمكن وضع إطار عام لخصائص الخدمة الصحية ، يتم تصنيفها بناء على أطراف أساسية كل طرف منها يعبر عن خصائص معينة للخدمة الصحية هي كالآتي :

١- الخصائص الظاهرة (الإدارة)
٢- الخصائص الضمنية (العميل)
٣- الخصائص الخارجية (المجتمع)

الخصائص الظاهرة (الإدارة):

- تعمل إدارة التسويق على تطوير مزيج الخدمات الصحية من خلال تحديد مواصفات الخدمات بما يتلاءم مع رغبات واحتياجات العملاء المختلفين ، ويما يتوافق مع القطاعات التي تقدم إليها الخدمات مع مراعاة تمييز الخدمات المقدمة من المنظمة الصحية عن الخدمات الصحية المماثلة لإيجاد الحافز للعميل لتفضيل المنظمة عن غيرها.
- أن الخدمات الصحية يمكن أن تكون موضوعاً للمفاضلة ، وهذا يعني إمكانية تقديم الخدمة بطريقة أفضل للعملاء رغم تشابه هذه الخدمات ، فإنه يمكن

لبعض المنظمات الصحية أن تتميز عن غيرها ، بإتقان العمل ، وسرعة التنفيذ أو سهولة الاتصال .... الخ.

- أن هذه الخدمات ليست محمية ببراءة اختراع ، وكل خدمة جديدة أوجدتها منظمة صحية ما يمكن لمنظمة أخري أن تقدمها.
- تنوع الخدمات الصحية نتيجة لزيادة وعي الأفراد وكثرة تعاملهم مع المنظمات ، مما أدى إلى استحداث خدمات صحية عديدة لإشباع رغبات العملاء المتباينة.
- ترتبط الخدمات الصحية بشخصية مقدمها – والمتمثل في المنظمة الصحية – وبالتالي فإن جودة الخدمة لا يمكن فصلها عن مقدمها (أي المنظمة الصحية).

الخصائص الضمنية (العميل) :

- تختص هذه الخصائص بالعميل من خلال إدراك العميل للخدمات الصحية المقدمة ، والمقارنة بين التكلفة والعائد لاتخاذ القرار للاستفادة من الخدمة والتعامل مع المنظمة الصحية.
- الخدمات الصحية غير قابلة للتخزين ، حيث أنها لا يمكن أن تعد إلا بناء على طلب العميل ثم ، تقدم ، وليس من الممكن تجهيزها من قبل ، كما أنها تستهلك في نفس وقت تقديمها.

الخصائص الخارجية (المجتمع) :

- إن المنظمة الصحية تعمل داخل إطار المجتمع ، ويجب أن تعمل لصالح المجتمع مع مراعاة القيم والتقليد والعرف السائد بالمجتمع ، وعليه يجب أن تتحرى المنظمة الصحية الصدق في إعلانه عن خدماتها بما لا يخالف القوانين والتشريعات السائدة.

ويري كثير من كتاب الإدارة أن الخدمات الصحية تنفرد بالخصائص التالية:

١- عدم الملموسية **Intangibility** :

وتشير هذه الخاصية إلي أن الخدمة نشاط صحي يمثل في الغالب خبرة لا يمكن تقاسمها مع الغير أو التنازل عنها أو تمريرها للغير. فالخدمات الصحية ، باستثناء حالات معينة ، تلبي حاجة عامة ، وليس حاجة محددة بعينها ، كما أن المنافع المحققة من الخدمات الصحية لا تظهر للعيان بوضوح ولا يمكن حمايتها من خلال براءة الاختراع ، كما أن الخدمة الصحية خدمة مباشرة لا تحتاج إلي وسطاء بين المنظمة الصحية والمنتج لهذه الخدمة والسوق الصحية ، ولذلك فإن المنظمة الصحية غير

معنية بنشاطات مثل التخزين والنقل والرقابة على التخزين ،حيث تعتمد على سياسات التوزيع المباشر عن طريق نشر شبكة فروع متنامية للتعامل مع العملاء.

إن خاصية عدم الملموسية تلقي على كاهل الإدارة التسويقية في المنظمة الصحية مسئوليات كبيرة لإيصال رسالتها إلي العملاء الحاليين والمرتقبين ، معتمدة في ذلك على أساليب الاتصال مثل الكلمة المنطوقة ، والعلاقات التفاعلية بين المنظمة الصحية والعميل .

٢- التلازمية : **Inseporability**

وتعني التلازمية درجة الترابط بين الخدمة ذاتها وبين الشخص الذي يتولى تقديمها. ففي الخدمات الصحية مثلا تتطلب خدمات الكشف والتحليل والأشعة وإجراء الجراحات مثلا ضرورة حضور طالب الخدمة إلي المنظمة الصحية . وعلى هذا الأساس فإن المنظمة الصحية لا تستطيع أن تنتج أو تبيع خدماتها بالشكل المطلوب مالم يسهم المستفيد في عمليات إنتاج الخدمة بشكل أو بآخر .

ويترتب على هذه الخاصية ضرورة أن تنتهج المنظمة الصحية أسلوب التقديم المباشر باعتباره القناة التوزيعية الأكثر ملاءمة لتسويق الخدمة الصحية ، وضرورة مساهمة أو مشاركة العميل في إنتاجها ، بالإضافة إلي العمل على إرضاء العميل بأساليب متنوعة ومبتكرة للتغلب على صفة التلازمية.

٣- الافتقار إلي هوية خاصة : **Lack of special identity**

فالخدمات الصحية تكاد تكون متشابهة أو نمطية ، فالعميل غالباً ما يتعامل مع منظمة صحية معينة على أساس القرب الجغرافي أو كونها توفر للعميل الراحة أو الملائمة أو علاقة شخصية متميزة ، وعليه فإن المنظمة الصحية تبحث عن طرق لإرساء هوية متميزة لها وترسيخ هذه الهوية في ذهن العميل .

إن الحاجة لتمييز الخدمات الصحية هي إحدى أبرز التحديات التي تواجه المنظمات الصحية اليوم ، حيث المنافسة بين تلك المنظمات على أشدها ، لذا فإن تركيز المنظمة الصحية ينبغي أن يكون على الحزمة الصحية مثل موقع المستشفي ، وموظفي المستشفي ، والتكنولوجيا الحديثة ، والسمعة التي تتمتع بها المنظمة الصحية، والترويج الصحي أحيانا ، وأحياناً الخدمات الجديدة

٤- إضافة إلي ما سبق فإن الخدمات الصحية تتميز عن الخدمات الأخرى بمجموعة من الخصائص منها:

١- تقلب الطلب عليها : إذ تتميز الخدمات الصحية بمختلف أنواعها بأنها غير ثابتة المستوي بمعني أنه في بعض الفترات يزداد حجم التعامل فيها، بينما يتقلب الطلب في فترات أخري.
٢- التحكم الخارجي في حجم النشاط : وهذا التحكم يمكن أن يتضح في حالات انتشار أمراض بعينها في وقت معين ، أو انتشار أوبئة معينة .
٣- عنصر الاستمرار في العلاقة : فالعلاقة بين المنظمة الصحية والعميل علاقة مستمرة بعكس غالبية الخدمات الأخرى.
٤- استناد العلاقة بين العميل والمنظمة الصحية إلي أساس الثقة في مقدمها " المنظمة الصحية " : إذ تقوم علاقة المنظمة الصحية بعملائها على ركيزتين أساسيتين هما الربحية من وجهة نظر المنظمة الصحية والأمان والثقة من وجهة نظر العميل.
٥- تعدد المنتج : إذ تخلق الخدمة الصحية الطلب على خدمات أخري يقدمها المنظمة الصحية ذاته لنفس العميل ، وبناء على هذه الخاصية فإن قانون المنفعة المتناقصة لا ينطبق في حالة الخدمات الصحية عموماً.
٦- الكفاءة في تقديم الخدمة : إذ أن الكفاءة في تقديم الخدمة الصحية يخلق الطلب على المزيد من الخدمات بمعدلات تزيد عن سائر أنواع السلع والخدمات الأخرى .
٧- حساسية الخدمات : إذ تتميز الخدمات الصحية أكثر من غيرها بالحساسية تجاه المتغيرات التسويقية.

ثانيا : مكونات نظام الخدمات الصحية health care system:

يتكون نظام الخدمات الصحية من:

- المدخلات inputs
- العمليات processes
- المخرجات outputs
- التغذية العكسية feed back

المدخلات:

- المباني.
- التجهيزات.
- مستلزمات التشغيل.
- القوى البشرية (المؤهلات – ترخيص مزاولة المهنة – التدريب – أعداد كافية -(الموارد المالية الميزان).
- نظم العمل (السياسات – الإجراءات – الوصف الوظيفي – أدلة العمل الإكلينيكية– مسارات العلاج – السجلات الطبية)

العمليات :

- مجموعة متعاقبة من الخطوات (الإجراءات) والوثيقة الصلة بالنشاط والتي تعمل على تحويل المدخلات إلى مخرجات ونتائج محددة.
- يشار إليها من خلال الإجراءات – والطرق والوسائل أو تتابع خطوات العمل لتقديم أو توصيل الخدمة الصحية وهى التي تتسبب في الوصول إلى النتائج (المخرجات).
- الأنشطة التي تعمل على تحويل المدخلات من مقدمي الخدمة لتصل إلى النتائج (المخرجات) لصالح المنتفع .

وتتمثل أهم الإجراءات التفصيلية في نظام الخدمات الصحية فيما يلي :

- عمليات الرعاية الإكلينيكية .
- العمليات الوقائية .
- العمليات الإدارية .
- عمليات مكافحة انتشار العدوى.
- عملية التسجيل الطبي.
- عملية الترحيب بالمنتفع.
- عمليات التثقيف الصحي.
- الإحالة إلى المستوى الأعلى.

- عمليات تدفق المرضى أثناء تحركهم داخل وحدات تقديم الخدمة من مكان إلى مكان .
- عمليات تدفق المعلومات من خلال خلق ونقل الحقائق والمعرفة لتسهيل عملية اتخاذ القرار.
- عمليات تدفق الأجهزة ومستلزمات التشغيل وتحركها من مكان إلى مكان لتحقيق الاستفادة القصوى من تشغيلها وبأقل كلفة(توفير عدد أقل من التجهيزات والمستلزمات وتستعمل في أكثر من مكان من خلال رسم عمليات تدفق).

المخرجات

- نتائج العمليات وهي تعكس كفاءة وفعالية الخدمات والعائد منها ومدى التغير في مؤشرات الحالة الصحية.
- رضاء المنتفع وعائلته
- رضاء مقدمي الخدمة.
- ارتفاع مستوى الصحة العام (على المدى البعيد) والنجاح في علاج الحالات العامة(على المدى القصير).
- الوصول بالمريض إلى مزاولة أنشطته اليومية بطريقة عادية.
- التأثير على معدلات الإعاقة والمرض والوفاة.
- التغيير في اتجاهات وسلوكيات المجتمع من حيث أثرها على نوعية الحياة والتنمية .

ثالثا : محاور الخدمات الصحية:

لاشك في أن الخدمات الصحية التي يمكن تقديمها لفئـات المجتمـع عديـدة ومتنوعة وقد يتبادر إلى الذهن سؤال حول أنماط الخدمات الصحية، لذا يمكـن القـول أن منها:

- الخدمات الوقائية pensive
- الخدمات العلاجية curative
- الخدمات التمريضية nursing
- الطب الاتصالي tele_ madicime
- الأشعة x-ray/radiology
- الخدمات المخبرية laboratory
- الخدمات الصيدلانية pharmaceutical
- الخدمات التأمينية insurance
- الطب النووي nuclear
- الطب التأهيلي rehab
- الطب الرياضي athletic
- الطب النفسي mental
- خدمات الإدمان addiction
- خدمات الإنقاذ rescue
- الخدمات الإسعافية ambulatory
- الخدمات التجميلية cosmetic
- الخدمات التلطيفية paliatir
- طب الشيخوخة geriatric
- صحة البيئة environmental
- الإدارية والمالية administrative/financial
- التشغيل والصيانة maintenance/operation
- المساندة technical

وعديد من الأنماط الأخرى المستحدثة للخدمات الصحية.

ويمكن القول أن المنظمات الصحية لا تقتصر على تقديم خدمة وحيدة، فهي تقدم مجموعة من الخدمات (مزيج من الخدمة الطبية)، ومن أبرز القرارات المتعلقة بهذا المزيج:

١- الاتساع width؛ أي عدد خطوط الخدمات التي تقدمها المنظمات الصحية مثل "خدمات جراحية، خدمات تمريضية...إلخ).
٢- العمق depth؛ أي عدد الخدمات داخل خط الخدمات مثلاً مشفى تقدم خدمات جراحية قد تقدم جراحة القلب، جراحة بولية...الخ.
٣- الارتباط Consistency؛ أي درجة الارتباط القائم بين الخدمات.
٤- إدخال خدمة جديدة: ويرتبط بقرار إدخال خدمة صحية جديدة مجموعة من القرارات، مثل:التنويع، تشكيل الخدمات، تطوير الخدمات.

رابعا : معايير تقديم الخدمات الصحية:

١- معيار التكلفة :

يرغب العملاء أن تكون الأسعار منخفضة أما المديرين يريدون التخلص من الخدمات التي لا تقدم منفعة ممن يحصلون عليها مع مراعاة أن هناك حدود عليا يجب ألا ترتفع عنها الأسعار، كما يمكن وضع حدود دنيا لا تنخفض عنها نوعية وكفاءة الخدمات الصحية.

٢- معيار الفعالية :

أي تقديم الخدمة الصحيحة بطريقة صحيحة ، مع تحقيق المكاسب الصحية الملموسة.

٣- معيار الكفاءة :

إذا استطعنا تقديم خدمة على نفس المستوى من الكفاءة بطرق مختلفة فإننا سنختار الطريقة الأيسر ... إذ أن ذلك يمكننا من تقديم خدمات أكثر بنفس التكلفة وبالتالي فإن مفهوم الكفاءة أعلى من التكلفة .

٤- معيار العدالة :

العدالة لا تعني المساواة ، إذ أن المساواة تعني تلقي أنصبة متساوية من السلعة أو الخدمة بينما تعني العدالة مفهوم أوسع من ذلك ، فينبغي أن يتحقق من خلالها هذه المبادئ :

- تساوي الحالة الصحية المتحققة .
- تساوي استخدام الخدمات الصحية للحاجات المتساوية.
- تساوي الوصول للخدمات الصحية للحاجات المتساوية.

من الواضح :

أن هذه التعريفات ممكن أن تتناقص : فإذا كانت الموارد محدودة فمن الصعب أن يتحقق تساوي الحالة الصحية وتركز معظم مناقشات العدالة على العدالة الأفقية. (العلاج المتساوي للحاجات المتساوية) ، رغم أن العدالة الرأسية (علاج غير متساوي للحاجات غير المتساوية) على نفس القدر من الأهمية بالنسبة لعملية اتخاذ القرار بشأن تخصيص الموارد.

٥- معيار الأمان الصحي :

ويقصد به شعور المواطن بأن الخدمات الصحية متوافرة بكفاءة وفعالية وأن تكاليف تلك الخدمات في مستوى القدرة على الدفع.

خامسا : المبادئ الأساسية للسياسة الإصلاحية لتقديم الخدمات الصحية:

- **العمومية:** أي أن يحصل جميع المواطنين نفس مجموعة الخدمات الصحية الخاصة بالرعاية الأولية .
- **الجودة:** أي أن تتمشى معايير تقديم الخدمة مع المعايير العالمية المتعارف عليها إكلينيكياً.
- **العدالة:** أن يتوزع العبء المالي لتكلفة الخدمات الصحية بعدالة علي كافة المواطنين، وأنة تحت أي ظروف لا يجب أن يحرم منها من ليس لـه قدرة علي سداد تكاليفها في أي وقت.
- **الفعالية :** وهي أن يتم تقديم أعلى جودة من الخدمات بأقل تكلفة .

ومن أهم العناصر الجوهرية لسياسة إصلاح الخدمات الصحية:

١. تحديد مجموعة خدمات الرعاية الصحية الواجب توفرها لكل مواطن ومعايير قياس جودتها بناء على المتعارف عليه عالمياً وعلمياً. وهذه المجموعة الخدمية يجب أن يتوفر فيها عناصر الفعالية، والتوفر، وإمكانية الحصول عليها خصوصا لغير القادرين والفقراء.
٢. تحديد الموارد المالية المطلوبة للتأكد من إمكانية تقديم الخدمات بدرجة عالية من الجودة والاستمرارية، ويمكن أن تكون هذه المصادر حكومية أو غير حكومية.
٣. استخدام طرق جديدة لتنظيم تمويل تقديم الخدمات الصحية المقررة من الموارد المتاحة. حيث أن الوضع الحالي في تمويل الخدمات، سواء من الحكومة أو من غيرها من الموارد المتاحة يحتاج إلى تحسين كبير وإدارة أكثر فاعلية. ويظهر من التحليلات المختلفة أن الأمر لا يحتاج إلى زيادة الإنفاق العام أو الخاص علي الرعاية الصحية بقدر الاحتياج لإدارة أفضل لهذا الإنفاق، وقد يحتاج هذا الأمر إلى العديد من الإجراءات التي يجب تدرسها، وتشمل:
   - قدر أكبر من اللامركزية في الموازنة والإنفاق والإدارة للمؤسسات الصحية المختلفة.
   - زيادة فعالية الإنفاق وإمكانية مكافأة مقدمي الخدمة بناء علي امتياز أدائهم وخصوصاً في التأمين الصحي الاجتماعي .
   - دور مركزي لوزارة الصحة لوضع معايير القياس والجودة وتقديم الرعاية الصحية الأولية، وخطط المستقبل والبحث العلمي وجمع المعلومات الإحصائية بدقة .

- زيادة المشاركة المجتمعية بين القطاع العام والخاص في تمويل وتقـديم الخدمات المطلوبة ضمن الإستراتيجية العامة للدولة .

٤. الانتشار الجغرافي للخدمة لتقليل مشقة الانتقال للمرضى أسرهم .
٥. تكثيف الجهود للوقاية والحماية المبكرة .
٦. السيطرة على مصادر التلوث ولأوبئة .
٧. حماية المواطنين من الممارسات الضارة التي قد تصدر مـن المؤسسـات أو الأفراد وتؤثر على صحتهم في الحاضر أوفى المستقبل.
٨. ضرورة تحقي نجاح أكبر في السيطرة على النمو السكاني .

سادسا : مصفوفة محفظة الأعمال في الخدمات الصحية:

محفظة العمل هي مجموعة وحدات العمل الاستراتيجية التي تكون معا شكل المؤسسة الصحية أو الخدمة الصحية. إن حقيبة العمل المثالية تلاءم بشكل مثالي قوي المؤسسة الصحية وتساعد على استغلال العوامل الأكثر جاذبية في مجال تقديمك الخدمات الصحية

ووحدة العمل الاستراتيجية يمكن أن تكون مؤسسة صحية كاملة ذات حجم متوسط أو قسم في مؤسسة صحية مثل القسم الاستثماري في المستشفيات الحكومية الذي يهدف إلى تحقيق ربح.وذلك طالما تصوغ مستوى إستراتيجية عملها الخاص ولها أهداف منفصلة عن المؤسسة الأم.

وبذلك يمكن القول أن محفظة الأعمال هي أدوات تحليلية لتقييم أعمال المؤسسات الصحية ذات الخدمات المتعددة أو وحدات الأعمال المتعددة و في مجالات مختلفة وذلك بهدف اختيار أفضل استراتيجية ممكنة التطبيق ولحشد وتوجيه و إدارة موارد المؤسسة بكفاءة و فعالية عالية ،ولخلق أفضل مزيج من المنتجات أو الخدمات ذات النوعية العالية و الكلفة المناسبة و المزايا التكنولوجية و التسويقية المناسبة.

الهدف من تحليل محفظة الأعمال في مجال الخدمات الصحية:

- تحليل محفظة العمل الحالي وتقرير أي استراتجيات وحدة عمل يجب أن تتلقى استثمار أقل في نطاق الخدمات الصحية المتاحة.
- تطوير استراتيجيات النمو لإضافة صحية جديدة إلى الحقيبة.
- تقرير أي من الأعمال أو المنتجات الصحية التي لا يجب الاحتفاظ بها.

بذلك يتمثل الاهتمام الأساسي للتطوير على مستوى المؤسسة الصحية أن تكون نقطة البدء الشائعة في هذا الشأن تتمثل في مراجعة المحفظة الحالية للأنشطة القائمة بالمؤسسة الصحية والغرض من تلك المراجعة تتمثل في تحديد النشاط الذي يتعين على المؤسسة الاستمرار فيه وكذلك تحديد النشاط الذي يجب على المؤسسة الصحية الخروج منه ،وعما إذا كانت المؤسسة ستأخذ في اعتبارها الدخول في مجالات عمل جديدة .

سابعا : تكنولوجيا الخدمات الصحية:

لاشك أن استخدام النظم التكنولوجية وإدارتها لصالح تقديم الخدمات الصحية وتحسين جودتها من الأمور التي لا يمكن تجاهلها والنقاط التالية توضح أسس توظيف التكنولوجيا في تقديم الخدمات الصحية:

١. التكنولوجيات الصحية هي جميع الموارد المستخدمة من أجل تلبية الاحتياجات الصحية للأصحاء والمرضى، سواء أكانت احتياجات فردية أم عامة، بما في ذلك الأدوية والخدمات والمعدات الطبية والإجراءات الطبية والنماذج التنظيمية ودعم النظم المستخدمة.
٢. تعتبر التكنولوجيات الصحية أمرًا أساسيًا عندما تسهم بشكل حاسم في بلوغ المرامي الصحية ذات الصلة بالتنمية والمتفق عليها دوليًا، بما فيها المرامي التي ترد في الإعلان بشأن الألفية، وعندما يجري تكييفها، عن طريق عملية دينامكية، مع احتياجات الدول وأوضاعها الوبائية والسكانية والثقافية والأخلاقية والقانونية والاقتصادية .ويجب أن تكون هذه التكنولوجيات مأمونة وفعالة ومسندة بالبيانات كما يجب أن تكون متطابقة مع المعايير الوطنية والدولية؛ وهي تؤلف عناصر أساسية من عناصر النظم الصحية، وتشكل، من أبسطها إلى أكثرها تعقيدًا، حجر الزاوية في خدمات الرعاية الطبية، حيث تتيح تقديم خدمات الوقاية والتشخيص والعلاج والتأهيل.
٣. استثمار قدر كبير من الأموال المنفقة على التطورات الجديدة في مجال الصحة في جميع أنحاء العالم في الحصول على التكنولوجيات التي يستخدم العديد منها في نظم الرعاية الصحية الأولية.
٤. استخدام الدول للتكنولوجيات الصحية الأساسية يعني أيضًا ضمان توافر منتجات فعالة ومأمونة واستخدامها استخدامًا صحيحًا وضمان تقديم خدمات جيدة النوعية من قبل موظفين حاصلين على التدريب اللازم.
٥. يعيش عدد كبير من سكان العالم في فقر وهم لا يستفيدون الاستفادة المثلى من الحلول الصحية التي تتيحها التكنولوجيات المأمونة الموثوقة .ولكن التكنولوجيات الصحية الأساسية تسهم بشكل حيوي في ردم الهوة بين البلدان الفقيرة والبلدان الغنية وفي الحد من اللامساواة داخل البلدان.
٦. كثيرًا ما تخفق التكنولوجيات الصحية في مطابقة معايير الجودة، وهي ليست مناسبة دائمة للبلدان المحدودة الموارد .كما يواجه العديد من البرامج الوطنية مشاكل إضافية كنقص شبكات الرعاية وضعف السلطات التنظيمية .ثم إن غياب الهياكل الأساسية الكافية واستخدام معدات غير مناسبة وسيئة الصيانة، فضلاً عن عدم وجود موارد بشرية كافية، كلها عوامل تؤدي إلى تفاقم حالات الغبن.

٧. على الرغم من إنفاق ملايين الدولارات سنويًا على مجموعة واسعة من المعدات الطبية، فإن معظم البلدان لم تفتقر إلى الآن بأن تقييم وإدارة التكنولوجيات الصحية يشكل جزءًا متكاملًا من السياسات العمومية. كما أن ٩٥ ٪ تقريبًا من التكنولوجيات الطبية في البلدان النامية هي تكنولوجيات مستوردة وهي غير ملائمة لاحتياجات نظمها الصحية الوطنية.

٨. وتمكن أساليب مثل الصحة الالكترونية والتطبيب عن بعد من تزويد خدمات الرعاية الصحية في المناطق النائية والمعزولة بالخدمات التخصصية، مما يؤدي إلى تحسن كبير في تشخيص الأمراض وعلاج المرضى ويساعد على الحد من عزلة المهنيين الصحيين .كما تساعد نظم رعاية المرضى المحوسبة على زيادة جودة الخدمات، إلى جانب كونها نظمًا ذات مردودية وأهمية اجتماعية بالغة .ويمكن أيضًا توجيه وسائل التعلم عن بعد المعدة لاستخدام المهنيين الصحيين وعامة الجمهور إلى خدمات الرعاية الصحية الأولية عن طريق البوابات الإلكترونية المعدة للجمهور والأقراص المدمجة والمنتجات المصممة خصيصًا لأغراض التعليم عن بعد.

٩. يكمن التحدي الرئيسي في تحسين الصحة والحد من الأمراض والوفيات من خلال إتاحة التكنولوجيات الصحية الأساسية ضمن النظم الصحية واستخدامها على نحو مأمون . ويعتبر الحصول على التكنولوجيات الصحية المأمونة والزهيدة التكلفة أمرًا حيويًا يسمح للبلدان بتلبية توقعات سكانها وضمان العدالة في ما يتعلق بالمساهمات المالية.

١٠. وكثيرًا ما يشكل نقص الموظفين الطبيين المدربين عائقًا يحول دون تقديم خدمات الرعاية الصحية بشكل فعال .ففي بعض البلدان يضطر الممرضون والتقنيون الصحيون وغيرهم من الموظفين الصحيين إلى أداء أدوار يكلف الأطباء بأدائها في أماكن أخرى .وهذا الأمر يزيد من أهمية اختيار التكنولوجيات الصحية وفقًا لاحتياجات المرضى الأساسية وحسب مستوى الخدمات التي يمكن للموارد البشرية المتاحة تقديمها .كما أن هناك حاجة لتوسيع نطاق التعاون ما بين التخصصات من أجل تقييم التكنولوجيات الصحية الأساسية.

١١. ولابد من وجود اهتمام متواصل بضمان استدامة الخدمات والمحافظة على إمكانية الحصول على التكنولوجيات الصحية .وهناك في العالم النامي ككل ما بين ٤٠ ٪ و ٦٠ ٪ من المعدات الطبية التي يتعذر استخدامها، لا لأسباب تتعلق بنقص الموارد المالية فحسب، بل ولغياب السياسات الخاصة بالصيانة وتأمين الموظفين المدربين أيضًا.

١٢. وثمة تكنولوجيات صحية ينطوي استخدامها على بعض المخاطر على صحة المرضى وعلى العاملين الصحيين والناس عمومًا .وضمان نوعية التكنولوجيات ومأمونيتها وفعاليتها يقتضي اتباع طرائق صناعية وممارسات تنظيمية جيدة، فضلاً عن الترصد الذي يسبق عملية البيع ويعقبها، إلى جانب التدابير اللازمة لتقييد استعمالها بشكل غير مناسب وبالاستعانة بأساليب الترصد التكنولوجي.

١٣. ينبغي أن يتم تحديد شراء التكنولوجيات الصحية الأساسية واستخدامها وفقًا لاحتياجات المرضى واستنادًا إلى أفضل البيانات المتاحة، وليس نتيجة للضغط الذي يفرضه التطور التكنولوجي أو قوى السوق من الفرص المتاحة .

١٤. يتيح تحسين الترصد فرصة لتوجيه استخدام التكنولوجيات الصحية حيثما يوجد نقص في الأجهزة التنظيمية كما تستلزم الأجهزة الطبية القيام بترصد الآثار الضارة بنفس الأسلوب المتبع في رصد الأدوية واللقاحات .وتكنولوجيات الترصد هي تكنولوجيات الغرض منها تحسين المنتجات وتوقي تلك الآثار الضارة. ولقد ساعد تطبيق التكنولوجيات الحديثة أو الاستعمال الأمثل للتكنولوجيات القائمة في البيئات الشحيحة الموارد على تشجيع الإبداع وعلى إيجاد ثقافة صون الموارد وتحسين إدارتها . وفي بعض الحالات تم تطبيق هذه النهج على الصعيد العالمي فيما بعد .

١٥. حتى يتسنى استخدام التكنولوجيات الاستخدام الأمثل في النظم الصحية، لابد من تحديد الاحتياجات من المكونات الفرعية العملية لكي يتسنى تحديد مستويات مأمونة الخدمات وموثوقيتها على أساس التكنولوجيات المتاحة .وينبغي لهذه المكونات الفرعية أن تشتمل على عناصر مثل الفعالية والنوعية والمأمونية والتوافر والإتاحية، مع مراعاة المقاييس والمعايير والدلائل التي تتيحها منظمة الصحة العالمية، مثلا.

١٦. وعلى البلدان أن تقر بدور التكنولوجيات الصحية الأساسية في البرامج الرأسية والأفقية وأن تخطط استخدامها في إطار نهجها القطاعي ، ولكن لضمان فعالية استخدامها، يجب تكييف التكنولوجيات الصحية للسياق الوطني وليس مجرد تقليد الغير فحسب.

١٧. ينبغي إعطاء الأولوية لمسألة تعزيز وتوسيع المؤسسات التي تعمل على تطوير التآزر بين البحوث البيولوجية الطبية والتعليم والممارسة.

١٨. عند تقييم التقدم المحقق في استخدام التكنولوجيات الصحية ينبغي مراعاة المعطيات الوبائية والسكانية الأساسية للبلد؛ واحتياجاته في مجال التكنولوجيات الصحية؛ ومؤشرات توافر التكنولوجيات؛ والمعدات المتاحة في وحدات الرعاية الصحية؛ وتطبيقات التكنولوجيات واستخداماتها؛ والقدرة على تدريب الموارد البشرية المتخصصة؛ والموارد المتاحة لتطبيق التكنولوجيات الصحية وتطويرها في مراحل لاحقة.

١٩. للتصدي للمشكلات الراهنة وتحسين استخدام التكنولوجيات الصحية الأساسية، تتجه النية إلى تحديث الدلائل القياسية وتحديد المواصفات وإعداد مواد تدريبية على استخدام التكنولوجيات الصحية الأساسية، وتعزيز الآليات اللازمة لجمع المعطيات وتوزيعها على الدول الأعضاء بصورة فعالة؛ ووضع الآليات اللازمة للمحافظة على القدرة المنشأة والتدريب وتوسيعهما في كافة المجالات ذات الصلة بالتكنولوجيات الصحية الأساسية، بما في ذلك اعتماد الممارسات السريرية الجيدة.



الفصل الثاني

جودة الخدمات الصحية

✍ بقراءتك لهذا الفصل يمكنك الإلمام بالموضوعات التالية :

- تعريف الجودة في مجال الخدمات الصحية.
- أشكال الجودة في مجال الخدمات الصحية.
- مبادئ إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات الصحية.
- الاعتماد في مجال الخدمات الصحية.
- أبعاد جودة الخدمات الصحية.
- قياس جودة الخدمة الصحية.

مقدمة :

يعد موضوع جودة الخدمة من الموضوعات التي تصدرت اهتمامات الباحثين ، وقد تولد عن ذلك العديد من الدراسات التي عالجت بالشرح ذلك الموضوع ، فمن الدراسات ما انصب اهتمامه بالدرجة الأولى على وضع تعريف لجودة الخدمة وإيضاح مفهومها وأبعادها ، بينما امتد اهتمام الآخرون على دراسة طرق قياس جودة الخدمة ونماذجها، والآثار المترتبة عليها ، واهتم البعض بدراسة مختلف هذه الجوانب معاً مثل دراسات بيري وزملائه.

إن إيجاد وحدات الجودة و النوعية في المؤسسات الصحية لم يعد مجرد نظرية إدارية جديدة وإنما أصبح ضرورة ملحة وذلك لضمان تحسين وتطوير الأداء بصورة مستمرة وتقديم خدمات صحية متميزة في مستشفيات الخدمات الطبية الملكية من خلال استطلاع أراء متلقي الخدمة للتأكد من تحقيق رضاهم و مدى تلبية متطلباتهم وللاستفادة من الموارد المتاحة على أكمل وجه.

إن الغرض من التفتيش والجودة هو معرفة ما إذا كان هناك تباين بين مستوى الرعاية المتبع فعليا والمعايير المعتمدة للرعاية الصحية وكذلك التعرف على أية ممارسات يمكن أن تؤدي إلى التدني في الأداء وتحديد الخيارات المتاحة لتصحيحها بهدف الوصول إلى أعلى مستويات الرعاية الممكنة للمرضى من خلال الإمكانيات المتاحة.

وفي هذا المجال فالجودة تختلف بحسب دور كل فرد في المؤسسة الصحية فبالنسبة للفنيين من أطباء وممرضين ومهنيين تكون الجودة هي تطبيق أحدث البرامج العلاجية المعتمدة على التكنولوجيا الطبية أما للإداريين فهي تقديم أفضل مستوى من الخدمة الإدارية ومن هنا يأتي دور إدارة الجودة وهو تحقيق أقصى توازن ممكن بين الفنيين والإداريين بما يصب في صالح الخدمة العلاجية للمريض . وفي ضوء ما سبق نطرح في هذا الفصل الموضوعات التالية :

- **تعريف الجودة في مجال الخدمات الصحية.**
- **أشكال الجودة في مجال الخدمات الصحية.**
- **مبادئ إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات الصحية.**
- **الاعتماد في مجال الخدمات الصحية.**
- **أبعاد جودة الخدمات الصحية.**
- **قياس جودة الخدمات الصحية.**

أولا : تعريف الجودة في مجال الخدمات الصحية:

قامت الجمعية الأمريكية لمراقبة الجودة بوضع تعريف للجودة مؤداه أن الجودة هي" السمات والخصائص الكلية للسلعة أو الخدمة التي تتطابق مع المطلوب من قبل العملاء وتفي بحاجاتهم". كما عرفها باحث آخر بأنها " قدرة الإدارة على إنتاج سلعة أو تقديم خدمة تكون قادرة على الوفاء بحاجات العملاء . بينما عرفها البعض الآخر أنها " القدرة على تحقيق رغبات العملاء بالشكل الذي يتطابق مع توقعاتهم ،ويحقق رضائهم التام عن السلعة أو الخدمة. كما عرفها كل من Goetsch&Davis بأنها " مقابلة احتياجات العملاء من أول مرة وفي كل مرة يتعاملون فيها مع المنظمة.

وبالنسبة لمفهوم الخدمة ، يود الباحث الإشارة إلي أنه خلال فترة السبعينات كان الاتجاه السائد لدي الباحثين أن تسويق الخدمات لا يختلف عن تسويق السلع وذلك وفقاً لآراء (Levitt,1972,1976) ، وعليه فإنه خلال تلك الفترة اعتمد تسويق الخدمة على النظرية التقليدية لتسويق السلع.

إلا أنه منذ بداية الثمانيات تزايدت أهمية قطاع الخدمات في الاقتصاد القومي على مستوي دول العالم ، إضافة إلي تزايد الكتابات حول أهمية قطاع الخدمات ، واختلاف خصائصه عن خصائص السلع الملموسة . ولقد أدت العوامل السابقة إلي وجود قبول عام لدى الباحثين بأن تسويق الخدمات يتطلب نظريات ومفاهيم ونماذج تختلف عن تلك المطبقة في مجال السلع الملموسة (Shostak,1977) وتميزه عن قطاع السلع المادية ويعد(Gronroos;1989;1990) من أوائل الباحثين الذين اهتموا بتوضيح المفاهيم والاستراتيجيات الخاصة بتسويق الخدمات .

ومنذ ذلك الحين تناول العديد من الكتاب والباحثين تعريف مفهوم الخدمة ، حيث عرفها البعض بأنها " نشاط أو أداء يمكن لطرف أن يقدمه لطرف آخر ومن الضروري أن يكون غير ملموس ولا ينتج عنه أي نقل للملكية وإنتاجه قد يرتبط أولا يرتبط بالمنتج المادي. كما عرفها باحث آخر بأنها " المنافع غير الملموسة التي تقدمها منظمات الخدمة لعملائها ، وأهم ما يميزها أنها غير ملموسة أي أنه من الصعب تنميط مستوي الأداء الذي يقوم به العاملين ممن لهم اتصالا مباشر بالعملاء ، وكذلك فإنه لا يمكن تخزينها إلي جانب عدم قابليتها لإعادة تداولها ، ويتولد الطلب عليها من مدي الثقة في مقدميها ، كما أنها تتلازم ولا تنفصل عن جهة تقديمها.

وفي تعريف شامل عرفها Gronroos بأنها " عبارة عن نشاط أو مجموعة من الأنشطة الضرورية ،والتي تكون غير ملموسة بطبيعتها بدرجات متفاوتة ، والتي تحدث بطبيعتها ، وليس بالضرورة نتيجة التفاعل بين العميل ومقدم الخدمة و/ أو الموارد والسلع المادية و/ أو النظم الخاصة بمقدم الخدمة ، والتي تقدم حلول لمشاكل العميل" .

وإذا ما انتقلنا إلى تعريف جودة الخدمة ، فإن المتتبع للتعريفات التي تناولت مفهوم جودة الخدمة يجد أن معظمها يدور حول مقابلة توقعات العملاء ، ويدور أيضاً حول المقارنة بين ما يرغبه العملاء في صورة توقعات وبين إدراكهم لمستوى جودة الخدمة الذي يعكس مدى توافر تلك التوقعات بالفعل. أي أنها مقياس لدرجة توافق أو تطابق الأداء الفعلي مع توقعات العملاء.

وقد عرفت Lewis جودة الخدمة بأنها " تقديم الخدمة للعملاء وفقاً لرغباتهم وفي الوقت الذي يرغبون وبتكلفة يرتضونها وذلك مع الأخذ في الاعتبار القيود المحيطة بمنظمة الأعمال. أما إدريس والمرسي فقد عرفاها بأنها " تقييم العملاء لمدي التفوق في أداء الخدمة بصورة كلية أو شاملة ". كما عرفها Parasuraman,et.al بأنها مقارنة بين توقعات العميل مع الأداء الفعلي للخدمة. في حين عرفها كلا من Cronin and Taylor بأنها مستوي أداء الخدمة أو بعبارة أخري جودة الخدمة = الأداء. كما عرفها باحثان آخران هما Duffy and Ketchand بأنها " تقييم العملاء للخدمة الأساسية أو لمقدم الخدمة أو لمنظمة الخدمة كلها. ومن التعريفات الأكثر قبولاً لجودة الخدمة تعريف (Buzzell and Gal,1987) حيث عرفاها بأنها " ما يقول العميل أنه جودة ،والجودة الخاصة بسلعة أو خدمة هي ما يدركه مستخدم هذه السلعة أو الخدمة "

ويرى البعض أن منظمة الخدمة يجب أن تقدم خدماتها في ضوء رغبات وتوقعات العملاء والتي هي نتاج الخبرات السابقة مع منظمات الخدمة ذاتها أو مع المنافسين أو من خلال تعرضهم لأي شكل من أشكال الاتصالات التسويقية والترويج لمنظمات الأعمال بشكل عام وبالتالي فإن جودة الخدمة تعرف بأنها " مقابلة احتياجات وتوقعات العملاء".

كما عرفها باحث آخر بأنها " مقياس للدرجة التي يرقى إليها مستوى الخدمة المقدمة للعملاء ليقابل توقعاتهم ، وبالتالي فإن تقديم خدمة ذات جودة متميزة يعني تطابق مستوى الجودة الفعلي مع توقعات العملاء أو التفوق عليها ، فهو مفهوم يكمن في المقارنة بين توقعات العملاء لأبعاد جودة الخدمة ومستوى الأداء الفعلي الذي يعكس مدى توافر تلك الأبعاد بالفعل في الجودة المقدمة لهم ".

ومن التعريفات السابقة لجودة الخدمة يمكن القول أنه لا يوجد اتفاق بين الباحثين – حتى الآن – على تعريف واحد لجودة الخدمة ، وأن التعريفات المختلفة لجودة الخدمة يمكن أن تكون ملائمة في ظل الظروف المختلفة ، فكل تعريف له جوانب قوة وجوانب ضعف في علاقته بالقياس والدقة في التعميم والاستفادة الإدارية ، والارتباط بالعميل .

إلا أنه رغم عدم توافر تعريف موحد بين الباحثين حول مفهوم جودة الخدمة ، فإن غالبية الباحثين يؤيدون التعريفات التي تركز على العملاء ومدركاتهم عن جودة الخدمة ، فالعميل هو الحكم الأوحد على جودة الخدمة. وهو ما أشار إليه كلا من إدريس والمرسي من أن التوجه بالعميل هو قلب عنصر الجودة في مجال الخدمات.

ونري أن حكم العميل بمفردة على جودة الخدمة قد يكتنفه بعض الشكوك ، فالعميل قد يكون قصير النظر أو غير مدرك لضرورة توافر خصائص معينة في الخدمة ، فيسئ الحكم على جودة الخدمة . بالإضافة إلي أن خصائص الخدمة وبصفة خاصة خاصية عدم الملموسية ، تشكل صعوبة في حكم العميل الدقيق على جودة الخدمة . وعليه فإنه لا يجب إهمال تقييم الخبراء والمتخصصين للجودة.

أما جودة الخدمة الصحية فيمكن تعريفها بصفة عامة بأنها نشاط أو منفعة تؤدي أو توزع من قبل المنظمة الصحية لفرد أو مجموعة من أفراد أو لجهة أخرى يترتب عليه أو عليها مخرجات غير ملموسة لا يمتلكها الفرد أو الجهة المؤدية أو الموزع لها" . وتحدد جودة الخدمة الصحية في ضوء المقارنات التي يجريها العميل بين ما يتوقع أن يحصل عليه العميل من المنظمة وما يحصل عليه العميل فعلياً من نفس المنظمة ".

وفي ضوء ما سبق تتعدد وجهات النظر إلي جودة علي النحو التالي:

الجودة هي:	أداء الشيء الصحيح بطريقة صحيحة من المرة الأولى مع إيجاد فرصة للتحسين كل مرة .
الجودة هي:	التطابق مع المعايير. والمعايير يتم وضعها بواسطة الخبراء عندما يقرروا ما هو الشيء الصحيح ؟ وما هي أفضل وسيلة لتطبيق الشيء الصحيح المبني على البحث والدليل الإكلينيكي ؟
الجودة هي:	التطابق مع احتياجات المنتفع بصورة تفوق توقعاته : هي حكم المنتفع على أن الخدمة تمت بطريقة صحيحة أم لا ؟
الجودة هي:	الدرجة التي تصل فيها الخدمات الصحية للأفراد وللمجتمع إلى الارتقاء بالمستوى العام للصحة تحقيقاً لحياة أفضل مع تطبيق آخر ما توصلت إليه الخبرات العلمية والفنية المتخصصة من خلال أفضل أداء .
الجودة هي:	الخلو من العيوب.
الجودة هي:	الخلو من التداخلات التي لو تم تجنبها لوصلنا بالخدمة إلى نتائج مثالية . مثال ذلك: -عدوى المستشفيات . -التهاب الجرح ما بعد العمليات. -التأخر في الاستجابة لمرضى الطوارئ .
الجودة هي:	ملامح جديدة لخدمة متطورة : هي ابتكار ملامح جديدة تجذب المنتفعين وتميز أداء الأطباء أو تميز وحدة تقديم الخدمة الصحية عن الآخرين مثل : – خدمات متكاملة . – مكان انتظار مريح . – السجل الطبي على الحاسب الآلي . – تقديم الوجبات ساخنة في القسم الداخلي . – متابعة الحالات بالتليفون . – التعليمات واضحة ويلتزم بها أعضاء الفريق الصحي . – تقديم بعض الخدمات بالمنزل (زيارات متابعة منزلية) .

ثانيا : أشكال الجودة في مجال الخدمات الصحية Aspects of quality

تتعدد أشكال الجودة ، ويمكن إدراجها في ثلاثة أشكال ، علي النحو التالي :

١- الجودة التي يمكن قياسها وهي **Measurable quality**

- الجودة التي تتطابق مع المعايير.
- هذه المعايير هي التي تأخذ شكل أدلة العمل الإكلينيكية.
- التوصل إلى معايير مقبولة لمخرجات الخدمة المتوقعة التي تقدمها الوحدة للمنتفع.
- المعايير هي الأدلة على التفوق.

٢ - الجودة التي يمكن تقديرها وهي **Appreciative quality**

- إدراك وتقدير التفوق فيما وراء الحد الأدنى للمعايير والمقاييس.
- تتطلب الحكم من ذوي المهارات والخبرات من الأطباء الممارسين للمهنة والأشخاص ذوي الحساسية والاهتمام.
- أن نعتمد على مجالس مراجعة الأداء في الحكم من خلال الفنيين من نفس التخصص لتحديد إذا كان التدخل العلاجي للطبيب مع المريض قد تم بصورة جيدة أم لا.

٣ -الجودة التي يمكن إدراكها وهي **Perceptive quality**

- درجة التفوق التي يمكن أن يدركها متلقي الخدمة أو المراقب للرعاية الصحية .
- مبنية أكثر على درجة العناية والرعاية التي يوليها الأطباء والممرضات وباقي العاملين أكثر من توفير بيئة مناسبة أو المنافسة التي تعتمد على التكنولوجيا.

ثالثا : مبادئ إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات الصحية:

١ - التركيز على احتياجات المراجعين:

بحيث تتفهم الاحتياجات الحالية والمستقبلية لتتطابق بل وتفوق توقعات المنتفع ولذلك يجب :

- تفهم المدى الكلي لاحتياجات وتوقعات المنتفع من الخدمة .
- إنشاء تقارب متوازن بين الاحتياجات والتوقعات من خلال قياس رضا المنتفع المبني على النتائج.
- إدارة علاقات عامة للمنتفعين .
- التأكد من أن مقدم الخدمة لديه المعرفة والمهارات التي تمكنه من رضاء المنتفع .

٢ ـ القيادة الواعية:

هي عملية إيجاد وتوفير بيئة داخلية لها فرصة الاستمرارية لتمكين مؤدى الخدمة من المشاركة في إنجاز أهداف الجودة .

فعلى القائد :

- أن يكون نموذج مثالي للقيادة .
- أن يتفهم ويستجيب للمتغيرات في البيئة الخارجية .
- أن يشكل رؤية واضحة لمستقبل الوحدة .
- أن ينشأ قيم مشتركة ونموذج أخلاقي على كل المستويات لبناء الثقة.
- أن يعمل على توفير الموارد الضرورية للعمل في نظام يعتمد على تحمل المسئولية والمحاسبة في حالة التقصير .
- أن يكون مصدر الهام وتشجيع للعاملين والاعتراف بمساهمة الآخرين .
- أن ينجح في إقامة علاقات مفتوحة معتمد أساسا على الأمانة وأن يقوم بالتدريب والتعليم.
- أن يوضح الأهداف ويعد الاستراتيجيات التي تدرك تلك الأهداف .

٣ ـ مشاركة العاملين:

يجب أن يوضع في الاعتبار مشاركة العاملين على كل المستويات كهدف جوهري فمشاركتهم الكاملة تساعد على الاستفادة من قدراتهم لصالح العمل ولذلك يجب :

- التسليم بالملكية الفردية.
- والمسئولية في حل المشكلات.
- أن ننشد الفرص التي تمكنهم من المشاركة.
- أن نوفر دائما لهم الفرص لزيادة الكفاءة والمعرفة والخبرة.
- المساهمة بسخاء بالمعرفة والخبرة من خلال عمل الفرق والمجموعات.
- التركيز على تشكيل القيم للمنتفعين.

- الابتكار والتركيز على الإبداع للمساعدة على تحقيق الأهداف.
- أن يحسنوا تمثيل الوحدة وإظهار الوحدة بالمظهر المشرف للمنتفعين في المجتمع المحلي والمجتمع ككل.
- أن يكونوا راضين ومتحمسين لعملهم وفخورين أن يكونوا من ضمن فريق العمل بالوحدة .

٤ ـ تحديد العمليات بدقة:

عندما تدار الموارد وأنشطة الجودة كعمليات متصلة متعددة الأبعاد فإن ذلك يؤدي إلى تحقيق النتائج المرجوة بصورة أكثر متابعة ولذلك فنحن نحتاج إلى :

- تحديد العمليات بصورة دقيقة حتى تتحقق النتائج المرجوة.
- تعريف وقياس مدخلات ومخرجات العمليات .
- تعريف دقيق لتداخلات هذه العمليات مع أداء الجودة.
- تقييم المخاطر المحتملة والعقبات وتأثير العمليات على المنتفع .
- تحديد واضح للمسئوليات والسلطات ومبدأ الثواب والعقاب في إدارة العمليات.
- تحديد المنتفع الداخلي والمنتفع الخارجي .

فعند تصميم العمليات يجب أن يوضع في الاعتبار خطوات العملية والأنشطة والتدفق وقياسات التحكم واحتياجات التدريب والتجهيزات والمناهج والمعلومات والأدوات والموارد الأخرى اللازمة لتحقيق النتيجة المرجوة .

٥ ـ تأسيس النظام الداخلي للجودة:

لتحديد وفهم وإدارة نظام عمليات متداخلة لتحقيق الأهداف لتحسين فاعلية وكفاءة الخدمة بالوحدة ولذلك نحن نحتاج إلى :

- تحديد العمليات التي تحتاج إلى تطوير لتحقيق الهدف.
- بناء النظام لتحقيق الهدف بصورة أكثر فعالية .
- فهم درجات الاعتماد المتبادل بين عمليات النظام .
- الاستمرار في تحسين النظام من خلال القياس والتقييم وتحديد الأولويات.
- فهم واضح للأدوار والمسئوليات لتحقيق الأهداف العامة وتقليل تداخل الاختصاصات وتحسين العمل كفريق .

٦ ـ التحسين المستمر للعمليات:

- يجب أن يكون هدف دائم من أهداف الجودة ولذلك نحن نحتاج إلى-:
- أن نجعل التحسين المستمر للعمليات والنظام هدف لكل فرد يعمل بالجودة.
- أن نطبق أساسيات التحسين لتحقيق الزيادة في فرص التحسين.
- أن نستعمل قوائم المراجعة الدورية لمعايير الجودة لتحديد مواضع التحسين الممكنة.
- استمرار تحسين فاعلية وكفاءة جميع العمليات.

- الارتقاء الدائم للأنشطة لضمان عدم الارتداد .
- إعداد أفراد فريق العمل بالوحدة بالتعليم والتدريب المناسب على أدوات ومناهج التحسين المستمر .
- إيجاد المقاييس والأهداف لدفع وقيادة التحسين لتحقيق الجودة .

٧ - اتخاذ القرار المبني على المعلومات والبيانات:

تعتمد القرارات الفعالة والمؤثرة أساسا على تحليل المعلومات والبيانات ولذلك فان المعلومات والبيانات هي القاعدة الأساسية لتفهم سير العمليات وتقييم أداء النظام من حيث توجيه عملية التحسين ومنع حدوث المشكلات المستقبلية، ولذلك فنحن نحتاج إلى :

- قياس وجمع البيانات والمعلومات التي لها علاقة بالأهداف .
- أن نتأكد من أن البيانات والمعلومات دقيقة بدرجة كافية وحقيقية ويمكن الوصول إليها بسهولة.
- تحليل البيانات والمعلومات بطريقة صحيحة .
- ومن مصادر كالمسح الطبي ومجموعات النقاش وذلك لتوجيه عمليات توصيف السياسات.
- اتخاذ القرارات والمواقف المبنية على نتائج التحليل المنطقي وذلك بالتوازي مع الخبرة وبعد النظر .

٨ - إقامة علاقات منفعة متبادلة مع المشرفين على الخدمة:

هناك اعتماد متبادل بين المشرفين على الخدمة بالإدارة الصحية ومقدمي الخدمة بالوحدة الصحية ولذلك فإن وجود علاقات منفعة متبادلة يدعم قدرة كليهما على تعظيم الاستفادة من الموارد المتاحة.ولذلك فنحن نحتاج إلى :

- تعريف المشرف على الخدمة وإنشاء علاقة مبنية على التوازن بين المكاسب والمنافع القريبة والأخرى بعيدة المدى للوحدة والمجتمع ككل وخلق نوع من الاتصالات المفتوحة والصريحة.
- مشاركة وطيدة وتفهم واضح لاحتياجات المنتفع .
- مشاركة بالمعلومات والخطط المستقبلية .

رابعا : الاعتماد في مجال الخدمات الصحية:

الاعتماد هو عملية تقييم تقوم بها هيئة تقييم خارجية مستقلة لتقدير مدى توافق أداء المنشاة الصحية مع المعايير الموضوعة مسبقا" من قبل هيئة الاعتماد والهدف الأساسي للاعتماد هو تطوير أنظمة وإجراءات تقديم الخدمة لتحسين جودة خدمات الرعاية الصحية وبالتالي تحسين النتيجة المرجوة من العلاج .

الهدف من الاعتماد في مجال الخدمات الصحية:

يأتي برنامج اعتماد المؤسسات الصحية ليتوج جهود الدولة والقطاع الخاص في تحسين جودة الخدمات وتحسين الأداء بهدف تحسين نتائج الوقاية والتشخيص والعلاج ، ولهذا فهو يعتبر الخطوة التالية لبرامج التحسين المستمر للجودة كما يعتبر احد الأركان الرئيسية لبرامج إصلاح القطاع الصحي.

وتتلخص أغراض برنامج الاعتماد فيما يلي :

١. تحسين جودة خدمات الرعاية الصحية من خلال غايات وأهداف محددة ترتبط بالوصول إلى الالتزام بالمعايير المتفق عليها مسبقا والتي تتميز بأنها معايير طموحة إلا إنها قابلة للتحقيق .
٢. يشجع برنامج الاعتماد على تكامل الخدمات وتحسين الأداء الإداري والفني بصفة مستمرة لضمان استمرارية الخدمة .
٣. إنشاء قاعدة بيانات لنتائج برنامج الاعتماد تسمح بمقارنة أداء المؤسسات الصحية في الالتزام بكل معيار الأمر الذي يسمح بالمقارنة والاستفادة من خبرات الغير والتنافس في عمليات التحسين حتى يصبح التحسين المستمر جزء من ثقافة المؤسسات الصحية .
٤. تقليل الإنفاق الصحي من خلال زيادة الكفاءة والفعالية وتقليل الفاقد وتوفير تكلفة إعادة التشخيص والعلاج وإعادة الثقة للمواطنين في خدماتهم الصحية الأمر الذي يؤدي إلى تقليل نفقات العلاج بالخارج .
٥. توفير فرص تعليمية واستشارية للعاملين في الحقل الصحي لتعلم إدارة الجودة وتطبيق نظمها والاستفادة من أفضل الممارسات الإكلينيكية والإدارية في العالم بغرض التحسين المستمر والوصول إلى النتائج المرجوة .
٦. استعادة ثقة المواطنين في الخدمات الصحية المتوفرة في بلدهم .
٧. تقليل الأخطار التي يتعرض لها المرضى وأسرهم والعاملين في المستشفيات والمراكز الصحية مثل إمكانية حدوث العدوى أو الإصابات الناتجة عن الجراحات الخاطئة أو حوادث الخطأ في نقل الدم أو العلاج الخاطئ .

المستفيد من برنامج الاعتماد مجال الخدمات الصحية:

أولاً : المستفيد من الخدمة (المريض) :

- استعادة الثقة في المؤسسات الصحية المحلية حيث يمكن للمستفيد من الخدمة مقارنة الخدمة بمثيلاتها في المنطقة المحيطة أو دولياً.
- زيادة فرصة المريض وأسرته في الحصول على المعلومات السليمة قبل وإثناء وبعد عمليات التشخيص والعلاج الأمر الذي يؤدي إلى تحسين فرص الشفاء وتقليل الأعراض الجانبية والمضاعفات .
- تقليل فرص التعرض للمخاطر إثناء وجود المريض بالمستشفى مثل التعرض للعدوى أو أخطاء الممارسات الطبية أو خطر الحريق.
- تقليل النفقات حيث لا يضطر المريض إلى إعادة الفحص أو المرور بتجارب غير ناجحة في العلاج أو الإنفاق على مضاعفات ناجمة عن الأخطاء مع توفر في الوقت الذي يقضيه خارج عملة في مرحلة العلاج.
- احترام رغبة المريض وأسرته في اختيار مقدم الخدمة مع فرصة المقارنة في الأداء بين المؤسسات الصحية التي تقدم نفس الخدمة.
- يكتسب برنامج الاعتماد قوته من مراقبة المجتمع للجودة ، فكلما زاد استخدام المواطنين للمعلومات المتاحة عن المنشات الصحية ومقدمي الخدمة كلما أصبح الاعتماد وسيلة ناجحة لجذب المزيد من المستفيدين.

ثانياً : المؤسسات الصحية:

- يعتبر تطبيق نظم الجودة وتحسين الأداء والالتزام بالمعايير من أكثر الفوائد التي تعود على المؤسسة الصحية حيث يضعها في مصاف المؤسسات الصحية التي تطبق المهنة لأفضل الممارسات الإكلينيكية والإدارية والمعترف بها دولياً .
- الارتقاء بسمعة المؤسسة الصحية الحاصلة على الاعتماد حيث يعني هذا التزامها بمعايير الجودة التي تلتزم بها مثيلاتها في العالم المتقدم .
- يؤدي تحسين صورة المؤسسة الصحية لدى جمهور المواطنين وشركات التأمين الصحي وهيئات التامين الصحي الحكومي إلى زيادة فرصة المؤسسة في الحصول على كم أكبر من التعاقدات مما يضمن لها الاستمرار والنجاح والتوسع .
- زيادة فرصة المؤسسة الصحية في الحصول على أفضل مقدمي الخدمة حيث يفضل المتميزون العمل في مؤسسة ذات سمعة ممتازة الأمر الذي يجعلهم أكثر ولاء لمكان العمل مما يزيد فرصة استمرارهم في العمل.
- تقليل النفقات على المدى الطويل :
  - ✓ تقليل مخاطر دفع تعويضات عن الممارسات المهنية الخاطئة.
  - ✓ تقليل إمكانية حدوث مخاطر مثل الحريق والتماس الكهربائي والعدوى.
  - ✓ تقليل نفقات التامين ضد أخطاء المهنة .

- ✓ تقليل نسبة الفاقد من الأدوية والمستلزمات .
- ✓ توفير نفقات إعادة الترخيص في بعض الحالات التي يغني بها الاعتماد عن الترخيص .
- ▪ زيادة الدخل :
- ✓ زيادة حصة المؤسسة من التعاقدات نتيجة ثقة المرضى وشركات التامين
- ✓ زيادة السعر لعلاج بعض الحالات ليتناسب مع جودة الخدمات
- ✓ زيادة فرصة المؤسسة في استخدامها لتدريب وتعليم العاملين في الحقل الصحي

ثالثاً : المجتمع والدولة :

- ▪ الاعتماد يعتبر ركن من أركان إصلاح القطاع الصحي الذي يؤثر على ترشيد الإنفاق وتحسين الخدمات وتحقيق العدالة .
- ▪ تحسين الخدمات الصحية يؤدي إلى تحسين صحة المواطنين ويزيد ساعات العمل ويقلل الفاقد نتيجة المرضى ويعيد الثقة بين المجتمع وخدماته الصحية .
- ▪ يعتبر نظام الاعتماد نظاماً عادلاً موضوعياً لإعطاء المجتمع الحق في المقارنة لاختيار الأفضل .

الفروق الرئيسية بين الاعتماد والتراخيص ومنح الشهادات في مجال الخدمات الصحية:

التراخيص الطبية :

تمنح التراخيص للمنشات الصحية من قبل جهة حكومية ذات سلطة بعد التأكد من المنشاة قد استوفت شروط أساسية تعتبر الحد الأدنى للمعايير التي لا يمكن التجاوز عنها ضمانا لسلامة المواطنين والعاملين وكذلك لضمان الصحة العامة وصحة البيئة ولاستمرار عملية ترخيص المنشات الطبية يستدعي الأمر في بعض البلدان عمليات فحص دوري للتأكد من التزام المنشاة بمعايير الترخيص التي تمثل الحد الأدنى للسلامة.

وتمنح التراخيص أيضا" للمهن الطبية وكذلك للأشخاص بهدف التأكد من صلاحية الأشخاص لمزاولة المهنة وذلك بعد فحص شهادات التخرج من الكليات والمعاهد المؤهلة وشهادات التدريب في فترة ما بعد التخرج مثل الامتياز أو الإقامة وقد تستدعي الأمر في بعض الحالات المرور ببعض الاختبارات التأهيلية للتأكد من معلومات وقدرات الشخص المتقدم للرخصة على أداء مهام الوظيفة التي يتقدم إليها وفي كثير من البلاد لا يتوقف الأمر عند الترخيص لأول مرة ولكن يستدعي نظام الترخيص إعادة الترخيص خلال فترة زمنية محددة وذلك لضمان التعليم الطبي المستمر واللحاق بالجديد في التكنولوجيا الطبية وتعلم المهارات الجديدة في مجالات التمريض ، و المهن الطبية المساعدة .

تحدد الدولة الجهة المسئولة عن إصدار التراخيص الطبية وتستمد هذه الجهة سلطتها من الحكومة ومن التشريعات الخاصة بالصحة ، ولهذا فان التراخيص تعتبر

دائما عملية رسمية يجب على جميع المؤسسات الصحية إتباعها والوفاء بالتزاماتها حتى تحصل المنشاة على التراخيص التي يسمح لها باستقبال المرضى ولا يمكن التجاوز عن عملية الترخيص حيث يعتبر ذلك خرقا للقانون ويعتبر الهدف من ترخيص المنشات الطبية هو حماية المجتمع والمرضى والعاملين من المخاطر التي تعرضهم للإصابة أو العدوى أو حدوث أخطاء مهنية فادحة تعرض حياة المواطنين للخطر وتعتبر معايير التراخيص حدا" أدنى لا يمكن التنازل أو التجاوز عنه ويجب مراعاة هذه المعايير أثناء عملية إنشاء المؤسسات الصحية خاصة فيما يتعلق بمواصفات المباني والمياه والكهرباء والصرف الصحي واستقبال حالات الطوارئ ومخارج النجاة في حالة الحريق وطرق التخلص من النفايات وغيرها.

وحيث إن الجانب البشري في المهن الطبية يعتبر المحور الرئيسي لتقديم الخدمة فان تراخيص العاملين في هذه المهن أمر في غاية الأهمية ولا يقل شانا في أهميته عن تراخيص المنشات ولهذا فلقد صدرت أيضا تشريعات وتأسست نظم لإعطاء التراخيص للأطباء والممرضات والصيادلة والفنيين والفئات المساعدة ولا يحق لأي من مقدمي الخدمة العمل بدون هذا الترخيص الذي يحدد مجال عمل مقدم الخدمة طبقا" لمؤهلاته وخبراته .

ولأهمية هذين الجانبين فان استيفاء جميع الإجراءات الخاصة بالتراخيص سواء كانت للمنشاة أو للإفراد يعتبر الخطوة الأولى في الأسلوب الذي نقدمه في هذا الدليل حيث أنة لا يجوز بدء العمل بدون هذه التراخيص .

مدة التراخيص:

تحدد الجهة المسئولة عن إعطاء التراخيص لإجراءات اللازمة للتراخيص للمنشات الجديدة وكذلك إجراءات التفتيش الدوري على المنشات بغرض الاستمرار في منح التراخيص وتأتي عمليات التفتيش الدوري من قبل المفتشيين الرسميين في فترات زمنية تتراوح من سنتين إلى ثلاثة غير أنه من حق الجهة المرخصة التفتيش المفاجئ في أي وقت وخاصة في حالة تلقي شكاوي من المواطنين عن حالات تقصير او إهمال في الرعاية الطبية او حدوث خلل في البنية الأساسية للمنشاة مما يعرض المرضى والعاملين للأخطاء.

متطلبات التراخيص:

تختلف متطلبات التراخيص باختلاف حجم المؤسسة الصحية ومجال عملها والتخصصات الموجودة بداخلها غير أنه في معظم الحالات فان المفتشين يقومون بمراجعة ما يلي :

أولاً : الموارد البشرية :

- مجلس الإدارة : العضوية – لائحته – الرئيس – الأعضاء – كيفية اتخاذ القرارات.
- الهيئة الطبية : التشكيل – الرئيس– الأعضاء التنفيذيين – الأطباء المسجلون – أوراق اعتماد الأطباء – اللائحة – طريقة تعيين وإعادة تعيين الأطباء – طرق متابعة أداء الأطباء .

- هيئة التمريض : الرئيس – اللائحة –الهيكل التنظيمي – طرق تعيين الممرضات والتأكد من مؤهلاتهم وشهاداتهم – التوصيف الوظيفي للممرضات – الإشراف – التدريب – التعليم المستمر – نسبة الممرضات إلى عدد المرضى في الأقسام المختلفة – التقييم السنوي .
- الفئات الأخرى العامة بالمؤسسة : يمكن مراجعة أوراق تعيين ومتابعة تقييم الصيادلة وإخصائي التغذية والفنيين وإخصائي العلاج الطبيعي والإخصائيين والاجتماعيين وغيرهم طبقا" لحجم وتخصص المؤسسة الصحية .

ثانياً :حالة المباني والأجهزة الطبية :

- مراجعة شاملة للبنية الأساسية للمباني ومدى مطابقتها للمواصفات القياسية المتفق عليها طبقاً للقوانين واللوائح المنظمة للخدمات الصحية .
- مراجعة إجراءات الحماية من الحريق وإجراءات الأمن والسلامة والخطط الخاصة بذلك ومقابلة المسئول عن هذه الإجراءات ومراجعة محاضر اجتماعات لجان الأمن والسلامة والدقة في تنفيذ توصياتها .
- مراجعة قوائم الأجهزة الموجودة بالمنشأة والسياسات الخاصة بصيانتها والتفتيش عليها ومراجعة سجلاتها وتواريخ الصيانة للتأكد من صلاحيتها ودقة القرارات وكيفية المتابعة اليومية أو الإدارية لهذه الأجهزة ومدى معرفة العاملين بإجراءات تشغيلها ومراجعة الوثائق والتحكم في الجودة لهذه الأجهزة .

ثالثاً : إجراءات التحكم في العدوى :

- مراجعة سياسات وإجراءات التحكم في العدوى داخل المنشاة .
- مراجعة غرف العزل وغرف الضغط السلبي وغرف التحكم في مرض السل.
- مراجعة برنامج تعليم العاملين وإجراءات التحكم في العدوى وطرق التعامل مع حالات انسكاب الدم او مكوناته .
- مراجعة أساليب التخلص من النفايات وأساليب التعقيم والمواد الكيميائية المستخدمة في التطهير وطرق عمل المغسلة .
- مراجعة قسم صحة العاملين بالمنشاة وإجراءات الصحة المهنية .
- مراجعة الإجراءات الصحية في أماكن إعداد الطعام .

رابعاً: مراجعة قسم الطوارئ :

تتم مراجعة المستشفى أو المركز الطبي من حيث قدرته على استقبال الطوارئ خاصة في حالات الحوادث الكبرى التي تستدعي حالة استنفار قصوى في المستشفى وتشمل ذلك :

- عدد ونوعية أطباء الطوارئ المتواجدين في القسم بصفة مستمرة والاستشاريين المتوفرين عند الحاجة .
- عدد ونوعية هيئة التمريض .

- نوعية الأجهزة التشخيصية والعلاجية المتوافرة على مدار الساعة.
- عدد غرف الكشف وعدد المترددين على القسم من واقع السجلات في العام الماضي ومدى الانتظار وعدد الحالات التي تم تحويلها لمستشفيات أخرى .

خامساً : مراجعة متخصصة لبعض الأقسام ويشمل ذلك على سبيل المثال :

- مراجعة وحدات الرعاية المركزة والحالات الحرجة والإفاقة (الإنعاش).
- مراجعة غرف العمليات .
- مراجعة أقسام الولادة .
- مراجعة وحدات الرعاية المركز للأطفال .

سادساً : مراجعات أخرى :

- مراجعة الأقسام الداخلية بالمستشفى .
- مراجعة العيادات الخارجية .
- مراجعة قسم السجلات الطبية .
- مراجعة الصيدلية وطرق توزيع الأدوية .
- مراجعات متخصصة للمعامل(المختبرات) وأقسام الأشعة والعلاج النووي .
- مراجعة متخصصة للجودة والتحسين المستمر .

حيث إن التراخيص الطبية تعتبر الحد الأدنى للمعايير المطلوبة لممارسة الخدمات الطبية يحدث في كثير من الأحيان التعاون بين الجهات المختلفة التي تقوم بعمليات ترخيص متخصصة أو عمليات اعتماد أو الجهات المسئولة عن الصحة المهنية حتى لا يحدث تضارب أو تكرار لنفس عمليات المراجعة والتفتيش .

فعلى سبيل المثال هناك جهات تصدر تراخيص للمباني وستلزم ذلك تراخيص لتوصيل الماء والكهرباء والصرف الصحي وغيرها فإذا اخذ في الاعتبار المواصفات المطلوبة للمنشات الصحية فليس هناك داع لإعادة الترخيص في هذا المجال من قبل هيئة التراخيص الطبية وعادة يكتفي الاطلاع على هذه الرخص .

كذلك في حالة اعتماد المعامل(المختبرات) وأقسام الأشعة فقد تكون هذه الأقسام قد حصلت بالفعل على شهادات اعتماد متخصصة من جهات تراجع هذه الأقسام طبقا" لمواصفات فنية عالية وهنا أيضا" قد يغني ذلك الاعتماد على مراجعة مفصلة لهذه الأقسام ويؤخذ بنتائج هذا الاعتماد طالما أن هناك اتفاق مسبق الجهات على هذا التعاون .

يختلف الاعتماد عن التراخيص فيما يلي :

- يعتبر الاعتماد اختياريا" بينما الترخيص إجبارياً.
- الاعتماد للمؤسسات فقط بينما التراخيص تمنح للمنشات والإفراد.
- تمثل معايير الاعتماد مستوى أعلى للأداء يهدف إلى تحقيق الجودة والتحسين المستمر بينما يمثل الترخيص الحد الأدنى للمعايير التي تضمن السلامة.

- هيئة الاعتماد هيئة مستقلة غير حكومية ذات كيان اعتباري بينما يقوم بمنح التراخيص جهات حكومية.
- يقوم فريق من زملاء المهنة (أطباء – ممرضات – إداريين) بمسح المؤسسات الصحية أثناء عملية الاعتماد بغرض التقييم ومساعدة المؤسسة الصحية عن طريق التوصية وتقديم بعض المعونة الفنية لكيفية الالتزام بالمعايير وطرق تنفيذها كذلك المساعدة في نشر أفضل الممارسات الطبية والصحية بهدف نشر ثقافة تحسين الأداء والجودة بينما يقوم بعملية الفحص في عمليات التراخيص فريق من المراقبين الحكوميين المكلفين باتباع قوانين ولوائح محددة لمنح الترخيص.

منح الشهادات:

تمنح الشهادات من قبل هيئات معتمدة قد تكون حكومية أو غير حكومية بعد تقييم وضع الشخص أو المؤسسات الصحية طبقا" للمواصفات ومتطلبات للشهادة يسبق تحديدها .

حينما تمنح الشهادات للإفراد يعني هذا أن الشخص الحاصل على الشهادة قد أتم النجاح في المزيد من التعليم أو التدريب في مجاله يفوق الحد الأدنى المطلوب أثناء عملية الترخيص له بمزاولة المهنة .

تمنح بعض الجهات الدولية شهادات تدل على أن المؤسسات قد التزمت بتنفيذ نظم الجودة وأفضل مثال لهذا شهادات الأيزو ISO التي تمنحها المنظمة الدولية للمعايير وعلى الرغم أن هذه الشهادة تفيد المؤسسة في تحسين نظمها الإدارية وفي التسويق ولكنها ليست بالضرورة متصلة بالرعاية الصحية أو خدمة المرضى ولهذا فهي لا تغني عن نظام اعتماد مستقل للمؤسسات الصحية .

<u>لماذا لا نكتفي بالتراخيص:</u>

بعد هذا العرض لتعريف الاعتماد وشرح الفروق الرئيسية بين الاعتماد والتراخيص والإشارة إلى منح الشهادات قد يرى البعض أن الحصول على التراخيص كافيا" وأنه لا داعي للإنفاق على عمليات تحسين لجودة الخدمات بهدف الارتقاء إلى مستوى الاعتماد ولهم في ذلك أسباب يمكن تلخيصها فيما يلي:

١. التراخيص إجبارية ولا يمكن العمل بدونها وأي إنفاق متعلق بها لا يمكن تجنبه.
٢. معايير التراخيص كافية وتؤدي الغرض ولا داعي لإنفاق مزيد من الوقت والجهد والمال للسعي وراء معايير أعلى للجودة .
٣. ليس هناك ضغطا من قبل الحكومة أو المجتمع أو شركات التأمين الصحي للحصول على مستوى أعلى من الجودة فلماذا ننفق المزيد على تحسين الجودة سعيا وراء الحصول على الاعتماد .

٤. الإقبال على المستشفى أو المركز الطبي لا تحدده الجودة نظرا لموقعها الجغرافي أو كونها المستشفى الوحيد الذي يقدم هذا النوع من الخدمة أو لان المنتفع ليس لدية خيار آخر حيث أن هذا المستشفى هو المستشفى الحكومي أو المتعاقد مع هيئات التامين .

٥. المستشفى أو المركز الطبي يحظى بسمعة طبية نظرا" لأنه مستشفى تعليمي تابع لجامعة مرموقة أو أن أساتذة مشهورين يعملون به أو أنه موجود ومعترف به منذ عشرات السنين

٦. ليس مقدور المؤسسات الصحية في الدول النامية الإنفاق على تحسين الجودة كما تنفق المؤسسات في الدول الغربية حيث إن تكلفة العلاج في هذا الدول عالة والإنفاق الصحي أكبير بكثير من الدول النامية الأمر الذي يجعلهم يفكرون في التحسين المستمر وتطبيق معايير الاعتماد .

٧. المواطن العادي في الدول النامية لا يستطيع دفع تكلفة الخدمة الطبية عالية الجودة فهو يفضل الحد الأدنى لهذه الجودة مع تكلفة اقل تتناسب مع إمكانياته .

٨. خبراء الجودة في مجال الصحة غير متوفرين بكثرة وغالبا ما يطبقون بأساليب صعب فهمها وتطبيقها في الحياة اليومية داخل المؤسسة الصحية .

٩. مقدمي الخدمة في المؤسسة الصحية ليس لديهم الوقت الكافي للجلوس في فرق تحسين الجودة أو العمل على تطبيق المعايير حيث إن الأطباء الكبار المشاهير يعملون في أكثر من مستشفى ولا يمكن لهم المشاركة في هذه الأعمال التي تعتبر ليست ذات الأولوية بالنسبة لكثير منهم .

١٠. ليس هناك مؤسسة اعتماد وطنية أو مجلس اعتماد عربي يمكن اللجوء إليه والهيئات الدولية للاعتماد باهظة التكاليف والوصول إلى مرحلة الالتزام في ظل الظروف الاقتصادية والاجتماعية الحالية أمر يصعب تحقيقه .

تتجمع هذه الأسباب العشرة أو قد تزيد في بعض الأحيان لكي تدفع بصاحب القرار بالإبقاء على الحال كما هو علية غير أنه على الطرف الآخر يجلس مع من ينادي بعملية التحسين المستمر والتطوير ويري في الحصول على شهادة الاعتماد أفضل الطرق لتحقيق الجودة العالمية في تقديم الخدمة الصحيحة .

الأسباب التي تدفع متخذ القرار للحصول على الاعتماد :

فيما يلي قائمة بالأسباب التي تشجع صانع القرار بالمضي قدما في طريق الحصول على الاعتماد :

١. طريق الاعتماد هو طريق التحسين المستمر للجودة حيث تعتبر معايير الاعتماد أكثر طموحا ولكنها قابلة للتحقيق ولأن العالم يتجه ألان بسرعة إلى التحسين المستمر في الأداء والجودة حيث تضمن الشركات والمؤسسات بقائها في السوق فالصحة ليست بمعزل عن ذلك فالمؤسسة الصحية الأفضل والتي تقدم جودة أعلى هي لضمان البقاء والنجاح .

٢. التنافس واقتصاديات السوق أصبحت لغة معروفة للجميع فالخدمات لم تعد حكرا على أحد وأصبح القطاع الخاص منافسا قويا للقطاع الحكومي في الخدمات الصحية وهناك استثمارات ضخمة في مجالات الطب والصيدلة وساهمت التكنولوجيا في تحسين فرص التشخيص والعلاج وإن لم يتم توافرها محليا فسوف يسعي المواطن إلى الحصول عليها خارج حدود بلاده

٣. تحسين نتائج جودة الرعاية الصحية يؤدي إلى تحسين نتائج التشخيص والعلاج الأمر الذي يؤدي إلى تحسين جودة حياة المواطنين ولهذا أصبح لزاما على الحكومات والمستثمرين في مجال الصحة تقديم أفضل الموجود في عالم اليوم لخدمة المواطنين خاصة إذا تعلق الموضوع بصحتهم وإنتاجيتهم وجودة حياتهم .

٤. التحسن المستمر عن طريق التطبيق الحديث المبني على الدليل العلمي في مهنة الطب والتمريض والصيدلة يعتبر في صميم المهنة وأي تفريط في تحديث المهنة وإتباع أفضل الأساليب يعتبر تفريطا في حق المريض .

٥. ثبت بالدليل أن كل معايير الاعتماد تؤدي إلى تحسين الجودة إذا نفذت بطريقة صحيحة ومتكاملة ومستمرة الأمر الذي سيعود بالنفع على المؤسسة الصحية والمرضى وأسرهم والعاملين وعلى المجتمع ككل .

٦. الاعتماد شهادة يفتخر بها العاملون لأنهم جميعا شاركوا في تحقيقها الأمر الذي يخلق انتماء للمؤسسات ويقلل نسبة الفاقد من العاملين ويجتذب أفضل العناصر للعمل الأمر الذي ينعكس إيجابيا على سمعة المؤسسة ويزيد من مصداقيتها في المجتمع .

٧. مع النظام العالمي الجديد في الاقتصاد وفتح الحدود أمام الاستثمارات الدولية يمكن للمؤسسات الصحية العالمية أن تفتح فروعا لها في البلاد العربية وبسمعتها المعروفة وتطبيقها لمعايير الجودة سوف تجتذب المرضى والعاملين الأمر الذي يهدد بقاء المؤسسات الصحية العربية .

٨. أتاحت شبكة الانترنت للمواطن العادي فرصة الاطلاع على ما يحدث في العالم من تقدم وأصبح من السهل المقارنة بين المؤسسات الخدمية والحصول على أفضل الخدمات بأحسن الأسعار فلم يعد صعبا على المواطنين مغادرة البلاد للحصول على خدمة طبية أفضل خارج الحدود .

٩. مع التقدم العلمي الهائل أصبح بقاء الحال كما هو علية مستحيلا بل يعتبر تأخرا، ولهذا فان الضمان الوحيد للوجود هو التحسين المستمر حتى يمكن اللحاق بركب التكنولوجيا المتقدمة في التشخيص والعلاج والاستفادة من خبرات الآخرين في تقديم خدمات افضل لإرضاء المريض وأسرته وبذلك تنمو الثقة بين المجتمع ومؤسساته الصحية .

مكونات نظام الاعتماد الناجح :

تختار الدول والنظم الصحية نظام الاعتماد كوسيلة للتحسين المستمر في الأداء في الجمعيات الصحية وضمان لجودة هذه الخدمات حماية للمواطن وزيادة في فرص تحسين نتائج التشخيص والعلاج وتسعى المؤسسات الصحية في الحصول على الاعتماد حتى يتم الاعتراف بها كمؤسسات تتبنى فلسفة ونظم فلسفة ونظم الجودة وتطبيقها في خدمة المرضى والمستفيدين من الخدمات الأمر الذي يضعها في مكانة مرموقة في المجتمع ، ولكي تكتسب المؤسسات الصحية الثقة في نظام الاعتماد داخل الدولة يجب على هذا النظام أن يشمل مكونات النجاح الأساسية لنظم الاعتماد وفيما يلي عرض سريع لهذا المكونات التي تم الاتفاق عليها بعد فحص العديد من نظم الاعتماد في العالم ودراسة أسباب النجاح وأسباب الفشل في تلك النظم .

أولاً : تحديد رسالة فلسفه نظام الاعتماد :

من أهم سمات برنامج الاعتماد الناجح هو تحديد رسالة هذا البرنامج والفلسفة التي يقوم عليها الأمر الذي ينعكس على الهيكل التنظيمي لهيئة الاعتماد وسلطتها والتشريعات الخاصة بها والنظام الداخلي ونوعية العاملين وطبيعة التمويل وطريقة إجراء المسوح وإصدار التقارير النهائية وشهادات الاعتماد

ثانياً : نشر معايير الأداء :

تعتبر معايير الأداء الناجح هو تحديد رسالة هذا البرنامج والفلسفة التي يقوم عليها الأمر الذي ينعكس على الهيكل التنظيمي لهيئة الاعتماد وسلطتها والتشريعات الخاصة بها والنظام الداخلي ونوعية العاملين وطبيعة التمويل وطريقة إجراء المسموح وإصدار التقارير النهائية وشهادات الاعتماد

ثالثاً : نظام إداري قوي :

لإجراء المسموح بطريقة صحيحة وفاعلة بما في ذلك اختيار أعضاء فرق الاعتماد وتدريبهم وأسلوب تقديم طلبات الاعتماد وجدولة زيارات المؤسسات الصحية وطريقة إجراء المسوح وطريقة حساب المؤسسات الصحية وطريقة إجراء المسوح وطريقة حساب درجة الالتزام بالمعايير ، وكذلك تحليل النتائج وإصدار التقرير النهائي.

رابعاً : قاعدة المعلومات :

يعتبر إنشاء قاعدة المعلومات بالنسبة إلى هيئة الاعتماد بمثابة الذاكرة التي تتجمع فيها نتائج تحليل البيانات الأمر الذي يسمح بمقارنة أداء المؤسسات الصحية فيما بينهما وكذلك مقارنة المؤشرات بالمؤشرات الدولية ومعرفة مواطن القوة والضعف في أداء المؤسسات الصحية واستخلاص الدروس من الممارسات الطبية وإجراء بحوث لتحسين الأداء في الخدمات الصحية وكذلك وضع التوصيات والاقتراحات لعمليات التحسين في المؤسسات التي تسعى للحصول على الاعتماد .

خامساً : الاستقلال المالي والقدرة على الاستمرارية :

تعتمد استمرارية هيئة الاعتماد وقدرتها في الاحتفاظ باستقلاليتها في اتخاذ القرار على قدرتها المالية والإدارية ولهذا يجب عند إنشاء الهيئة توافر كل الإمكانيات التي تضمن لها البقاء ووضع نظام مالي وأداري تحقق لها الاستقلالية كما يجب الأخذ بالاعتبار عند وضع الميزانيات عمليات تطوير المعايير واللجان العلمية المتخصصة ونفقات تعليم وتدريب فرق الاعتماد والإصدارات العلمية وتكلفة الموقع على الإنترنت وتكلفة الاتصال بالجماهير والرد على تساؤلاتهم.

سادساً : القدرة على الاتصال بالجماهير وتوفير المعلومات الصحيحة :

حيث إن الهدف الرئيسي لعمليات الاعتماد هو الارتقاء بصحة المواطنين وحمايتهم من الممارسات الخاطئة والتأكد من جودة الخدمات الصحية المقدمة إليهم يجب أن يكون لدي هيئة الاعتماد وسائل الاتصال الفعالة بالجماهير والقدرة على الرد على تساؤلاتهم بما لا يضر بمصلحة المؤسسات الصحية ومع الالتزام بالحيادية الكاملة والموضوعية التامة في طرح الحقائق وكما زادت ثقة الجماهير في هيئة الاعتماد كما زادت مصداقيتها والاحتياج لها من قبل المؤسسات الصحية المتنافسة التي تسعى لكسب ثقة المواطنين .

خامسا : أبعاد جودة الخدمات الصحية

تستند المنظمات إلى كلاً من أبعاد الجودة الداخلية والخارجية لتحديد مستوى جودتها ، فتقوم بتحديد الأبعاد المرتبطة بالجودة الداخلية وتقييمها من وجهة نظرها ، أما أبعاد الجودة الخارجية فيكون العملاء هم أقدر الأطراف على تحديدها وتقييمها ، حيث أنها تعكس مدركاتهم عن جودة السلعة أو الخدمة المقدمة ومدى نجاحها في إشباع احتياجاتهم.

وبصفة عامة يمكن تصنيف هذه الأبعاد إلى :

١- أبعاد الجودة الداخلية internal quality والمرتبطة بالأنشطة والعمليات التي يتم التحكم فيها داخل المنظمة والتي تكون بالنسبة للعملاء وراء وجهة نظرهم .

٢- أبعاد الجودة الخارجية external quality والمرتبطة بمدى قدرة المنظمة على فهم العملاء وتقديم المنتجات والخدمات التي تشبع احتياجاتهم وتحقق لهم الرضا.

ويُعد تعريف أبعاد جودة الخدمة ، وتحديد الأهمية النسبية لها في تقييم العميل لخدمة معينة هو الخطوة الأولى في تعريف وقياس جودة الخدمة ، ويتفق العديد من الباحثين على أن مفهوم جودة الخدمة هو مفهوم متعدد الأبعاد ، ومن أوائل الباحثين اللذين قاموا بتصنيف أبعاد الجودة جرونروس حيث قام بتصنيف أبعاد الجودة إلى الأبعاد الآتية :

- البعد الفني (بعد المخرجات) : ويشير إلى الخدمة المقدمة للعميل نتيجة تعامله مع منظمة الخدمة ، ويمكن قياس هذا البعد بموضوعية أكبر من جانب العميل نظراً لكونه يمثل حل فني لمشكلة قائمة.
- البعد الوظيفي (البعد المرتبط بالعمليات) : ويشير إلى الطريقة التي تتم بها المخرجات النهائية التي يحصل عليها العميل ، والتي تؤثر في تقييمه للجودة المدركة للخدمة ، ويرتبط البعد الوظيفي بالتفاعل بين البائع والمشتري وهو ما يسمى بلقاء الخدمة Service encounter ، ويعرف لقاء الخدمة بأنه "التفاعل المباشر بين العاملين في مجال عمليات الخدمة والعملاء / أو المستهلكين".

لذلك فإنه وفقاً لهذا التعريف لا يمكن قياس جودة التفاعل من وجهة نظر العميل ، أو مقدم الخدمة بمفرده، حيث توصلت بعض الدراسات إلى أن أبعاد الجودة ذاتها تختلف من وجهة نظر كل منهما.

ويؤثر لقاء الخدمة على كل من العميل وكذلك العاملين بمنظمات الخدمة ، فهو يؤثر على تقييم للجودة الكلية المقدمة له ، كما يؤثر على أداء العاملين في مجال الخدمات وكذلك دافعيتهم ورضاهم عن العمل وعن العوائد المرتبطة به ، ويحدث مثل هذا التأثير من خلال ما يعرف بلحظة الصدق ، والتي تعرفها لويس "بأنها الأحداث الحرجة التي تحدث عند اتصال العميل بمنظمة الخدمة والتي كون فيها انطباعاته عن جودة الخدمة.

ويقاس البعد الوظيفي أو البعد المرتبط بالعمليات اعتماداً على معايير شخصية من جانب العميل ويتضمن عدة عناصر كالآتي :

١- الاتجاهات والسلوكيات الخاصة بموظفي الخدمة.
٢- العلاقات المتداخلة بين العاملين والعميل.
٣- العلاقات بين أعضاء منظمة الخدمة.
٤- مظهر وشخصية مقدم الخدمة.
٥- ميل الأفراد لتقديم الخدمة.
٦- إمكانية تقييم الخدمة من جانب العميل.

- بعد الصورة الذهنية لمنظمة الخدمة : أضاف جرونروس بعداً ثالثاً من أبعاد جودة الخدمة ، يعتقد في أهميته بالنسبة لنظم المعلومات أولاً وهو بعد الصورة الذهنية للمنظمة ، وتعكس الصورة الذهنية كيفية إدراك العميل للمنظمة ككل ، وتتحدد الصورة الذهنية للعملاء بواسطة كل من الجودة الفنية والجودة الوظيفية.

وتؤثر الصورة الذهنية على الجودة المدركة للخدمة بطرق عديدة فالمنظمة التي تتمتع بصورة ذهنية طيبة يكون عملائها أكثر استعداداً للتغاضي عن الأخطاء البسيطة من جانبها ، في حين يتأثر العميل سلبياً بدرجة أكبر بالأخطاء البسيطة لمنظمة الخدمة التي تتمتع بصورة ذهنية سلبية وهو ما يؤثر بالطبع في تقييم الجودة المدركة للخدمة ذاتها.

وهناك العديد من الدراسات التي تناولت أبعاد جودة الخدمة ، البعض منها يقع في تصنيف جرونروس ، والبعض الأخر قد أضاف أبعاداً إضافية.

وقد نوقشت هذه الأبعاد من قبل دراسات عديدة ومن أوائل الدراسات في هذا المجال تلك التي قام بها لهتنين ولهتنين وقد توصل الباحثان إلى تحديد ثلاثة أبعاد لجودة الخدمة ، البعد الأول منها يشير إلى الجودة المادية ، وترتبط بخاصية التجسيد أو الأشياء الملموسة ، مثل المعدات والأدوات وغيرها. أما البعد الثاني فيشير إلى جودة التفاعل ، والتي تعبر عن عملية التفاعل التي تحدث بين مقدم الخدمة والعميل ، ويشير البعد الثالث والأخير في دراسة لهتنين ولهتنين إلى جودة المنشأة والتي تعبر عن الصورة الذهنية الخاصة بمقدم الخدمة من وجهة نظر عملائها الحاليين والمرتقبين والجماهير الأخرى. ويشير لهتنين ولهتنين إلى أن البعد الأخير يعد ثابت عبر الزمن إذا ما قورن بالبعدين السابقين ، واللذان يرى الباحثان أنهما ، بعدين موقفيين ، ويمكن إدراكهما بناء على الطبيعة الموقفية لهما.

وقد أوضح جرونروس أن هناك بعدين أساسيين لجودة الخدمة البعد الأول هو الجودة الفنية والبعد الثاني هو الجودة الوظيفية

وقد أكدت إحدى الدراسات الحديثة تواجد هذين البعدين كما كشفت عن إمكانية تقسيم سوق الخدمات الصحية إلى قطاعين وفقاً لهذين البعدين ، أيضاً توصلت الدراسة إلى اختلاف العناصر المحددة لجودة الخدمة من قبل عملاء المنظمة الصحية وفقاً لهذين البعدين ، وتفيد هذه النتائج مديرو المنظمة الصحية بشأن العناصر التي يجب الاهتمام بها لزيادة مستوى الجودة المدركة عن الخدمة وفقاً لبعدي عمليات الخدمة ومخرجاتها.

وفي دراسة استهدفت معرفة طبيعة وأبعاد جودة الخدمة من وجهة نظر العميل قام بيري وزملاؤه ، بإجراء عدة مقابلات شخصية متعمقة مع عينة من مديري بعض منظمات الخدمة والتي تعمل في مجال الصيانة ، والأمن ، المنظمة الصحية ، كما قام الباحثون بإجراء عدة مقابلات شخصية متعمقة مع عينة من مستهلكي هذه الخدمات واللذين كانت لهم خبرة حديثة في التعامل مع هذه المنظمات ، وقد توصل الباحثون إلى عشرة أبعاد لجودة الخدمة من وجهة نظر العميل وتتمثل هذه الأبعاد فيما يلي :

١- إمكانية الوصول : ويشير إلى إمكانية الاتصال بمنظمة الخدمة ، والحصول على الخدمة بسهولة ويتضمن هذا البعد ما يلي :
- إمكانية حصول العميل على الخدمة بسهولة.
- قصر القدرة التي يقضيها العميل في انتظار الحصول على الخدمة.

- أن تكون ساعات تقديم الخدمة ملائمة لمعظم العملاء.
- أن يكون موقع أداء الخدمة ملائماً.
- التأكيد للعميل بأن مشاكله سوف تتم معالجتها.

٢- الاتصالات الفعالة مع العملاء : ويشير إلى ضرورة أن يتعامل مقدم الخدمة مع العملاء بلغة يفهمونها ، كما يشتمل أيضاً على ضرورة الاستمتاع للعميل. ويتضمن هذا المحدد ما يلي :

- شرح الخدمة ذاتها.
- شرح التكاليف المرتبطة بالخدمة.
- توضيح العلاقة بين الخدمة وتكلفة الحصول عليها.

٣- كفاءة وقدرة موظفي الخدمة : وهي تعني توافر القدرات والمهارات والمعلومات اللازمة لأداء العمليات ويشتمل هذا البعد على ما يلي :

- المهارات والمعلومات المتوافرة لدى موظفي الخدمة ممن هم على اتصال مباشر بالعملاء.
- المعلومات والمعارات اللازمة للأفراد القائمين بالعمليات المساعدة.
- القدرات البحثية للمنظمة.

٤- الذوق واللياقة في التعامل مع العملاء : ويشير إلى الاحترام وروح الصداقة التي يشعر بها العميل عند تعامله مع مقدم الخدمة. ويشتمل هذا المحدد على ما يلي :

- المظهر النظيف واللائق للأفراد الذين لهم اتصال مباشر بالعملاء.
- التزام العميل شخصياً باعتبارات النظافة عند تعامله مع منظمة الخدمة.

٥- المصداقية : وتشير إلى المصداقية التي يوليها العميل لمنظمة الخدمة. ويشتمل هذا المحدد على ما يلي :

- اسم المنظمة.
- سمعة المنظمة.
- خصائص الأفراد مقدمي الخدمة ممن هم على اتصال مباشر بالعملاء.

٦- الاعتمادية : وتشير إلى قدرة منظمة الخدمة على أداء الخدمة بشكل متسق وثابت، وهي تعني قيام المنظمة بأداء الخدمة الصحيحة من أول مرة. كما يشتمل هذا المحدد على العناصر التالية :

- أداء الخدمة في الوقت المحدد لها.
- الدقة في أداء الخدمة.
- الاحتفاظ بسجلات دقيقة.

٧- سرعة الاستجابة لمطالب العميل : وهي تعني استعداد الموظفين في منظمات الخدمة لمساعدة العميل. ويتضمن هذا المحدد العناصر التالية :

- تقديم خدمة سريعة للعميل.

- التقديم الفوري للخدمة.
- مغادرة العميل بسرعة لمكان تقديم الخدمة.

٨- الأمن : إنه التخلص من الشك ، والشعور بالخطر عند التعامل مع منظمة الخدمة ويتضمن ما يلي :

- الأمن المادي.
- الأمن المالي.
- السرية.

٩- الأشياء الملموسة (التجسيد) : وتشير إلى الدلائل المادية للخدمة ويشتمل هذا البعد أو المحدد على ما يلي :

- التسهيلات المادية.
- مظهر العاملين.
- الأدوات والمعدات المستخدمة في أداء الخدمة.
- التقديم المادي للخدمة (مثل كروت الائتمان البلاستيك).
- العملاء الآخرون في الخدمة.

١٠- تفهم العميل :

- معرفة الاحتياجات الخاصة بالعميل.
- الاهتمام الفردي الممنوح للعميل.
- معرفة العملاء المنتظمين.

وقد أقرت هذه المحددات الدراسة التي أجراها فرجسون وهينجز والتي أجريت لتقييم الجودة في مجال الخدمات التي تقدمها مكاتب المحاسبة.

وفي دراسة لاحقة أجرها باراسيرمان وزملاؤه لاختبار هذه المحددات تبين للباحثين وجود ارتباط متداخل بين هذه المحددات العشرة ، وبناءاً على نتائج تحليل معاملات الارتباط بين العنصر ومجموع العناصر، تم إسقاط بعض العناصر ، وتوصلت الدراسة إلى أربعة عشر بعداً وخمسين عنصر ، وبإجراء المزيد من التحليل على هذه العناصر المتبقية الخاصة بالأبعاد العشرة لجودة الخدمة ، تم استبعاد أبعاد أخرى من أبعاد الجودة ، وبهذا الإجراء توصل الباحثون إلى أربعة وثلاثين عنصراً موزعة على سبعة محددات للجودة الخدمة.

وفي الخطوة التالية لتنقيح المقياس واختبار قدرته على قياس الجودة المدركة للخدمات ، وبإجراء المزيد من التحليل تبين وجود تداخل بين بعض أبعاد الجودة ، وبناء على نتائج التحليل العاملي تم وضع بعض المحددات معاً وإختصارها إلى خمس أبعاد .

وتستخدم هذه الأبعاد في قياس جودة الخدمة وتعرف بـ SERVQUAL في كتابات تسويق الخدمات. وقد أقر الباحثون عمومية هذه الأبعاد وقابليتها للتطبيق على مدى واسع وأنواع متعددة وسياقات عديدة تولد عنها مقياس وأداة الـ SERVQUAL .

وتوضح نتائج هذه الدراسة ، والخاصة بأهمية كل أبعاد الجودة في كل العينات التي خضعت للدراسة أن هناك ثلاثة أبعاد للجودة تنتج مباشرة عن أداء الأفراد العاملين في منظمة الخدمة ، وهي سرعة الاستجابة لمطالب العميل ، والتأكيد ، وكذلك التعاطف مع العميل. كما أن بعد الاعتمادية ذاته يعتمد في الغالب على الأداء الإنساني ، مما يوضح ضرورة الاهتمام بالأفراد العاملين في منظمات الخدمة.

كما تتفق نتائج الدراسة التي أجراها باراسيرمان وزملاؤه ، لتحديد الأهمية النسبية لمحددات جودة الخدمة في تكوين توقعات العميل وتفصيلاته تجاه جودة الخدمات المقدمة إليه ، مع تلك التي أجراها بيري وزملاؤه بشأن الأهمية النسبية المعطاة لبعد الاعتمادية ، فقد احتل الأهمية النسبية الأكبر في هذه الدراسة أيضاً في كل أنواع الخدمات التي خضعت للدراسة في حين احتل بعد التجسيد الأهمية النسبية الأقل ، وبغض النظر عن نوع الخدمة الخاضعة للدراسة.

وتؤيد نتائج الدراسة التي أجراها الصحن دراسات كل من بارسيرامان وزملاؤه، وكذلك بيري وزملاؤه بشأن الأهمية النسبية الخاصة ببعد الاعتمادية فقد احتل هذا البعد الأهمية النسبية الأكبر مقارنة بباقي الأبعاد وذلك في مجال الخدمات الصحية إلا أن دراسة بسيوني قد أوضحت أن بعد سرعة الاستجابة بمطالب العميل يعد أهم أبعاد جودة الخدمة وذلك عند دراسة خدمات النقل الجوي مما يؤكد نتائج دراسة بيري وزملاؤه. بشأن اختلاف الأهمية النسبية لأبعاد جودة الخدمة من قطاع لآخر في صناعة الخدمة .

وقد ساندت نتائج الدراسة التي أجراها كل من فورد وزملاؤه على عينتين من طلبة التعليم الجامعي في كل من الولايات المتحدة ونيوزيلاندا ، الأبعاد الخمس لجودة الخدمة والتي وردت في دراسة باراسيرمان وزملاؤه ، حيث أوضح التحليل العاملي أن العناصر التي افترض أن تكون معاملات التشبع العاملي لها ببعض الأبعاد عالية كانت كذلك وفقاً للنتائج ، ويوصي الباحثون في هذه الدراسة باستخدام مقياس الجودة ذو الخمس أبعاد في الدراسات اللاحقة.

وفـي دراسـة استهدفت تقييم جـودة الخدمـة فـي مجـال عمـل المنظمـة الصـحية ، وبصفة خاصة في تقييم جودة الخدمة في الفروع التابعة المنظمة الصحية الرئيسي قام الباحث بتحديد خمسة أبعاد لجودة الخدمة تتضمن مائة وواحد وثلاثين عنصراً تم ترتيبها كالآتي:

١- المعرفة : ويتعلق هذا البعد بالمعرفة الخاصة بأعضاء الفرع بشكل عام. حيث أن العميل غالباً ما تكون معلوماته قليلة ، لذا فلابد من توافر المعرفة لدى العاملين في المنظمـة الصـحية. ويتكـون هـذا البعـد مـن أربعـة عشـر عنصـراً تصـف المنتجـات والممارسات الخاصة بالفرع ، وطرق التعامل مع الفرع بشكل عام.
٢- الاتصالات : وتغطي كل من الاتصالات الشخصية وغير الشخصية ، والاتصالات الشخصـية مـع العمـلاء قد تكون شفهية أو عن طريـق التليفون ، أو مكتوبـة. أمـا الاتصـالات غيـر الشخصـية فتتضـمن وسـائل مثـل الإعـلام والعـرض فـي الفـرع والعلاقات العامة.
٣- الخبرة : وتتكون من سبعة وعشرين عنصـراً تغطـي استعداد الفرع لأن ينـتج خدمـة تتطلبها ظـروف خاصـة، وبسرعة وكفاءة وأمانـة ، وبدون التمييز بين مجموعة من الأفراد والعملاء.
٤- الاستعداد للإقراض : ويتكـون مـن ثمانيـة عناصـر تعكـس الاسـتعداد المـدرك للبنـك لإقراض عملائه.
٥- تصـميم الفرع : ويتكـون مـن إثنـين وعشـرين عنصـراً تختص بالتسـهيلات الماديـة ، موقف السيارات ، الديكورات ، الإضاءة ، الأثاث.

وبإجراء المزيد من الدراسة على هذه العوامل من خلال المقابلات الشخصية التي قام بها الباحث ، تم تصفية العناصر والمكونات الخاصة بالمقياس ، وذلك باستبعاد العناصر الغامضة والمكونات المتشابهة والمتكررة ، ونتيجة لهذه الخطورة توصل الباحث إلى ثلاثة أبعاد كما يلي :

١- المعرفة. ٢- الاتصالات. ٣- الخبرة.

وفي مجال تقييم الخدمة في المنظمة الصحية تضمنت الدراسة التي أجراها سميث تصـنيف لأبعـاد الجـودة العاليـة ، والمنخفضـة مـن قبـل عمـلاء المنظمـة الصـحية مـن أصحاب المشروعات الصغيرة ، وقد توصلت هذه الدراسة إلى عدة أبعاد لجودة الخدمة والتي تجعل جودة الخدمة عالية أو منخفضة يمكن عرضها كالآتي :

١- جودة المدير وجودة الآخرين من ذوي الاتصال المباشر بالعميل.
٢- جودة الأفراد أعضاء المنظمة الصحية.

٣- المرونة من قبل المنظمة الصحية في تقديم المساعدة لعملائه.
٤- الكفاءة الخاصة بالأفراد ونظم وإجراءات المنظمة الصحية.

وفيما يختص بالأهمية النسبية لهذه الأبعاد والخصائص أوضحت الدراسة أن المصدر الأساسي لرضا العملاء هو الرضا عن جودة المدير والأفراد ذوي الاتصال المباشر بالعملاء وذلك من حيث مدى إتاحة المدير نفسه للعملاء ، فهم العملاء والاهتمام بهم ، مدى المساندة التي يقدمها المدير للعملاء. أما الكفاءة كمحدد للرضا فقد كانت تختص بكفاءة الأفراد أكثر من كفاءة النظم والإجراءات.

وقد حاولت الدراسة التي أجراها بيران تطبيق أبعاد جودة الخدمة في مقياس بارسيرامان وزملائه على عدة قطاعات خدمية تمثلت في خدمات بنوك ، وشركات تأمين ، وشركات طيران ، وفنادق. وقد استهدفت دراسة بيران التوصل إلى مدى إمكانية تطبيق أبعاد جودة الخدمة في مقياس بارسيرامان وزملائه على منظمات خدمة عالمية وبصفة خاصة في تركيا. إضافة إلى ذلك فقد استهدفت دراسة بيران محاولة اكتشاف أبعاد إضافية لجودة الخدمة يمكن إضافتها لمقياس جودة الخدمة SERVQUAL وذلك من خلال مناقشة مستهلكي الخدمات التي أخضعها بيران لدراسته وكذلك تحديد الأهمية النسبية لكل بعد من أبعاد الجودة للتأثير على توقعات المستهلك التركي تجاه جودة الخدمات المقدمة إليه.

وقد توصلت الدراسة إلى عدد من أبعاد جودة الخدمة يمكن ترتيبها وفقاً لأهميتها النسبية في تحديد الجودة المدركة للخدمة كالآتي :

١- الأدب والمعرفة الخاصة بالعاملين في منظمات الخدمة (الخبرة ، المعلومات، التدريب ، المظهر ، الصداقة ، الاحترام ، التفهم).
٢- الاتصالات.
٣- الأشياء الملموسة.
٤- معرفة / تفهم العميل.
٥- الدقة وسرعة تقديم الخدمة.
٦- حل مشاكل العملاء.
٧- التحفظ.

وبصدد تحديد الأهمية النسبية تبين أن خصائص الأفراد العاملين في منظمات الخدمة تمثل أهم الأبعاد التي ذكرت في أنواع الخدمات التي تم دراستها ، وكانت أهم

عناصر هذا البعد هي الصداقة ، الاحترام ، التفهم ، الخبرة ، المعلومات ، التدريب الذي حصل عليه العاملين ، اللباقة في التحدث مع العميل.

وتتفق تلك النتائج مع بيري وزملاؤه وكذلك باراسيرمان وزملاؤه بأنه لزيادة الجودة المدركة للخدمة لابد من التأكيد على مهارات الأفراد الفنية والسلوكية ؛ وأن يتم التركيز في التدريب على تلك المهارات.

وفي دراسة لاحقة للتوصل إلى الأبعاد الأساسية لجودة العلاقة بين العميل ومقدم الخدمة ، والتي يجب أن يوجه الأفراد القائمين بالخدمة جهودهم إليها ، طور الباحثون نموذجاً يوضح بعض أبعاد جودة العلاقة ، والنواتج المترتبة عليها وذلك فيما يختص بالعلاقات الدائمة في مجال الخدمات.
وقد تم تصنيف المتغيرات في هذا النموذج إلى :
١- متغيرات خارجية.
٢- متغيرات داخلية.

وتؤثر هذه المتغيرات على إيرادات منظمة الخدمة ، حيث تؤثر جودة التفاعلات المستقبلية والمتوقعة ، وكذلك كفاءة المبيعات ، كما أن إدراك العميل لكون رجال البيع خبير يؤثر على نجاح المبيعات بشكل كبير. وتسهم جودة العلاقة في تقليل عدم التأكد الذي تتصف به مواقف الخدمات ذات درجة التفاعل العالية بين العميل ومقدم الخدمة ، ومن ثم فإن رجل البيع الذي سوف يستمر في مقابلة توقعات العملاء وتحقيق رضاهم ، سوف يخلق الثقة من قبل هؤلاء العملاء. كما أن ميل رجل البيع إلى الدخول في علاقات طويلة الأجل مع العملاء يؤثر تأثيراً جيداً على إدراك العميل لجودة التفاعل حيث يجعل العميل يظهر نواياه للتعاون مع رجل البيع.

وبالرغم من أن الدراسات التي تناولت أبعاد الجودة قد عالجت هذه الأبعاد بشكل عام فإن الدراسة التي أجراها كل من مرشا وأداك قد قسمت خصائص وأبعاد للجودة العالية / والجودة المنخفضة.

وقد استخدمت هذه الدراسة طريقة دلفي المعدلة لعينة مكونة من خمسة وعشرين طالباً من طلبة الجامعة استخدموا كخبراء ، طلب منهم إعطاء قائمة بأبعاد الجودة العالية والمنخفضة ، وقد توصلت الدراسة من خلال إجراءاتها المتكررة إلى خصائص تتعلق بالجودة العالية / والمنخفضة. وقد لاحظ الباحثان أن المستقصى منهم استخدموا معايير متشابهة وهو ما يتفق بشكل أساسي مع باراسيمان وزملائه. واللذين أقروا بأن

العملاء يستخدمون معايير متشابه عند تقييم الجودة ، وقد أجريت هذه الدراسة على عدة قطاعات للخدمة هي الخدمات الطبية ، المنظمة الصحية ، المنظمات ، والجامعات ، والمطاعم التي تقدم الوجبات السريعة.

وقد اختيرت هذه الخدمات اعتماداً على عدة معايير كالآتي :

١- درجة كثافة العمل. ٢- درجة التفاعل بين العميل ومقدم الخدمة.

٣- درجة تصميم الخدمة وفقاً لمتطلبات العميل.

وقد توصلت الدراسة إلى وجود اثني عشر خاصية تعد مؤشرات للجودة العالية / والمنخفضة يمكن تلخيصها في الجدول رقم (٢-١) :

جدول رقم (٢ – ١) يوضح
مؤشرات الجودة العالية ومؤشرات الجودة المنخفضة

مؤشرات الجودة العالية	مؤشرات الجودة المنخفضة
١- الالتزام بساعات العمل المعلن عنها.	١- اتجاه العاملين لعدم زيادة ساعات العمل.
٢- التجانس / الاعتمادية.	٢- ضعف المعلومات عن الخدمة.
٣- الأدب.	٣- عدم حصول العميل على المعلومات في الوقت المحدد.
٤- المتابعة بعد الحصول على الخدمة الأولى (التفاعل الأولي).	٤- البطء.
٥- الصداقة.	٥- التكلفة العالية.
٦- المساعدة.	٦- المعاملة السيئة للمستهلك وغير الشخصية.
٧- المعلومات عن الخدمة.	٧- البيئة غير المناسبة.
٨- البيئة الجيدة.	٨- عدم تجانس الخدمة.
٩- تقديم الخدمة في الوقت المعلن عنه.	٩- ضعف المتابعة بعد الحصول على الخدمة الأولى.
١٠- التكلفة المعتدلة.	١٠- الامتناع عن تصحيح الأخطاء.
١١- الدقة.	١١- العنف في المعاملة.
١٢- الاستعداد لتصحيح الأخطاء.	١٢- الفشل في الالتزام بساعات العمل المعلن عنها.

وقد قام كل من فاندرميريو وجلبرت باستطلاع رأي عينة مكونة من ألف وخمسمائة فرد يعملون في منظمات عالمية وذلك عن طريق قوائم الاستقصاء ، والمقابلات الشخصية المتعمقة ، وكذلك المكالمات التليفونية. وذلك لتحديد احتياجاتهم من الخدمة الداخلية. وقد توصل الباحثان إلى ستة أبعاد لجودة الخدمة الداخلية تتمثل في :

١- سرعة الاستجابة : تشير إلى استعداد مقدم الخدمة لتلبية الطلبات فور طلبها منه.
٢- ملائمة الخدمة : وينصرف إلى مدى كون الخدمة مفيدة لطالبها وسهلة الاستخدام مثل خدمة المعلومات.
٣- الاعتمادية : تقديم خدمات بمستوى متسق من الجودة ومقابلة الأبعاد الخاصة بها.
٤- الخدمة في حدود الميزانية : أن تقدم الخدمة بتكلفة لا تزيد عن السعر المتوقع.
٥- التكاليف : أن تكون تكاليف الخدمة معقولة.
٦- تقديم الخدمة في الوقت المناسب : أن يتم تقديم الخدمة في الوقت الذي وعدت به الوحدة التي تقدمها.

وبفحص هذه الأبعاد للجودة الداخلية للخدمة يتبين أنها تتفق مع احتياجات العميل في سوق الخدمة وفقاً لباراسيرمان وزملائه حيث تمثل الثلاثة أبعاد الأولى في دراسة فاندرميريو وجلبرت احتياجات خاصة لكل من مستخدم الخدمة الداخلية والخارجية. وقد استخدمت الدراسة كل من (التكاليف في حدود الميزانية ، ومدة ملائمة الخدمة) كمعايير لتقييم الخدمة الداخلية.

وفي دراسة لتقييم أبعاد الجودة الداخلية قام الباحثان باستطلاع شبكة الأنشطة الداخلية التي تساعد عملية تقديم الخدمة ، وذلك لاكتشاف بعض العلاقات بين الأقسام والتي توضح ما إذا كان العاملون في قسم معين ينظرون للأقسام الأخرى على أنهم عملاء لهم ، وأن مخرجات أقسامهم تعد مدخلات للأقسام والوحدات الأخرى.

وقد توصل الباحثان إلى وجود عدد من الأبعاد الخاصة بجودة الخدمة يمكن للعاملين في الأقسام المختلفة داخل المنظمة استخدامها في تقييم جودة الخدمة التي يحصلون عليها وهذه الأبعاد يمكن حصرها في الجدول رقم (٢-٢):

جدول رقم (٢-٢) يوضح
أبعاد الجودة الداخلية في دراسة ريموسو وموريس

الأبعاد	العناصر الخاصة بها
١- المساعدة	استعداد الوحدة للمساعدة ويعكسها بعض العناصر في أبعاد (سرعة الاستجابة لمطبب العميل ، والأدب).
٢- الفورية	قدرة الوحدة على الإمداد بالخدمات الفورية والاستجابة للطلبات بصورة فورية ويعكسها باقي العناصر في سرعة الاستجابة لمطالب العميل.
٣- الاتصالات	أن يكون العميل الداخلي على علم دائم بالتقدم والمشاكل ، والتغيرات التي تؤثر على أنشطته.
٤- الأشياء الملموسة	حالة التسهيلات المادية ومظهرها ، والمعدات ، والمواد وكتابة معلومات عنها.
٥- الاحتراف	يشير إلى المعرفة ، والخبرة والمهارات التي يحتاجها أعضاء الوحدة للإمداد بالخدمة ، وتقديم النصائح الجيدة.
٦- الاعتمادية	ويشير إلى قدرة الوحدة على الإمداد بالخدمة الداخلية المطلوبة في الوقت الصحيح متضمناً الإمداد بالمعلومات الصحيحة.
٧- السرية	تداول الوحدة للمعلومات والمواقف الدقيقة.
٨- المرونة	استعداد الوحدة للاستجابة في المواقف غير المتوقعة.
٩- الاستعداد أو التأهب	ويشير إلى قدرة الوحدة الداخلية والموارد الخاصة بها على الإمداد بالخدمة.
١٠- المراعاة / الاعتبار	التفهم ، المعرفة ، الثقة ، الأمانة الخاصة بالوحدة تجاه العملاء الداخليين.

وبالنظر لهذه الأبعاد يتضح أن العاملين باعتبارهم عملاء داخليين يتلقون الخدمة من أقسام عديدة ، يمكنهم تقييم جودة الخدمة التي يحصلون عليها من الأقسام الأخرى داخل المنظمة من خلال عدد من الأبعاد ، وهذه الأبعاد في الواقع متشابهة إلى حد كبير مع تلك التي توصلت إليها دراسة باراسيرمان وزملائه ، غير أن هناك بعض الاختلافات في الأبعاد والعناصر التي تخصها. ويؤكد الباحثان في هذه الدراسة أن اقتراح زيثمل وزملاؤها بإمكانية نقل أبعاد مقياس الجودة SERVQUAL للتطبيق على المستهلك / العميل الداخلي للخدمة وليس فقط المستهلك / العميل الخارجي قد تم تبريره في هذه الدراسة.

ومما سبق وفى ظل هذا التزاحم من الدراسات المرتبطة بتحديد أبعاد الجودة يمكننا تحليل أبعاد الجودة إلى جزأين : عامة general وخاصة specific حيث تساعد الأبعاد العامة للجودة في إرشاد المنظمة للبحث عن أبعادها الخاصة. وذلك كما يلي :

أولاً : الأبعاد العامة للجودة الخارجية للخدمات :

١- أبعاد الجودة وفقاً لزيثامل وباراسورامان وبيري :

تعتبر أبعاد جودة الخدمات والتي قدمتها زيثامل وزملاؤها أكثر الأبعاد قبولاً لجودة الخدمات. فلقد توصلوا إلى هذه الأبعاد نتيجة دراسة أجروها على عملاء أربعة أنواع من الخدمات : الخدمات الصحية ، بطاقات الائتمان ، خدمات السماسرة ، خدمات الصيانة والإصلاح ، ووجدوا أن الأبعاد العشرة التالية هي التي يستند إليها العملاء لتقييم جودة الخدمات المقدمة :

١- العناصر الملموسة tangibles : وتتمثل في شكل أو مظهر التسهيلات المادية، التجهيزات، الأفراد ، أدوات الاتصال.
٢- الاعتمادية reliability : وهي القدرة على الوفاء بالخدمة المتعهد بتقديمها والدقة في أدائها وإحساس العميل بأنه من الممكن أن يعتمد على المنظمة.
٣- الاستجابة responsiveness : الرغبة في مساعدة العميل وتقديم الخدمة السريعة.
٤- المقدرة competence : توافر المهارات والمعرفة المطلوبة لأداء الخدمة.
٥- المجاملة courtesy : اللياقة ، الاحترام وروح الصداقة التي يشعر بها العميل عن التعامل مع مقدم الخدمة.
٦- المصداقية credibility : وتعني قدرة المنظمة على اكتساب ثقة العملاء.
٧- الأمان security : عدم تعرض العميل للمخاطر أو الشك عند التعامل مع المنظمة.
٨- إمكانية الوصول accessibility : القرب وسهولة اتصال العميل بالمنظمة.
٩- الاتصال communication : إعلام العميل بالمعلومات التي يحتاجها وباللغة التي يفهمها والاستماع إليه. وقد يعني ذلك أنه يكون على مقدم الخدمة تعديل لغته على حسب نوعية العميل الذي يتعامل معه.
١٠- فهم المستهلك knowing/understanding the customer : بذل الجهد للتعرف على المستهلكين واحتياجاتهم.

وفي مرحلة لاحقة قام نفس الفريق بتقليص هذه الأبعاد إلى خمسة أبعاد وهي : العناصر الملموسة ، الاعتمادية ، الاستجابة ، التأكيد assurance ، التعاطف empathy.

٢- ٢- أبعاد الجودة وفقاً لسيلفسترو وجونسون :

في سعيهما لتصنيف العوامل المحددة للجودة ، قام سيلفسترو وجونسون بتقسيم هذه العوامل إلى مجموعتين : عوامل وقائية وعوامل مدعمة. ولقد استندا في تصنيفهما إلى دراسة هيرزبيرج Herzberg والذي فرق بين العوامل الوقائية والحافزة لشرح سلوك العاملين في مكان العمل.

ولقد عرف الباحثان العوامل الوقائية بأنها تلك العناصر التي يتوقعها العميل من الخدمة والتي ستؤدي إلى عدم رضاه إذا لم تتوافر. أما العوامل المدعمة فهي تلك العناصر والتي لا تؤدي إلى عدم رضا العميل في حالة عدم توافرها ، ولكن ما إذا توافرت فإنها تؤدي إلى تدعيم إدراك العميل للخدمة.

ونتيجة للدراسة التي أجراها الباحثان لإيجاد الخط الفاصل بين العوامل الوقائية والمدعمة ، فلقد توصلا إلى وجود مجموعة ثالثة من العوامل والتي تعتبر وقائية لفئة من العملاء ومدعمة لفئة أخرى منهم.

العوامل الوقائية :

١- الاعتمادية
٢- الأمانة
٣- الملائمة الوظيفية
٤- الاستجابة
٥- المقدرة والكفاءة

العوامل المدعمة

١- الصداقة
٢- النواحي الجمالية
٣- الاهتمام
٤- النظافة
٥- مدى الإتاحة

العوامل الوقائية / المدعمة :

١- الراحة

٢- الالتزام
٣- الاتصال
٤- المجاملة والاحترام
٥- الرعاية

٣- أبعاد الجودة وفقاً لجرونروس :

أجمل جرونروس أبعاد جودة الخدمة كما يدركها العملاء في بعدين أساسيين :

- البعد الفني Technical
- البعد الوظيفي functional

فإن ما يحصل عليه العملاء من خلال تفاعلاتهم مع المنظمة يعتبر هاماً لهم ولتقييمهم للجودة. وتنظر المنظمة لنتيجة هذا التفاعل على أنه جودة المنتج (الخدمة) المقدمة.

ولكن في الحقيقة ، فإن نتيجة هذا التفاعل لا يعبر إلا عن بعد واحد وهو ما يطلق عليه البعد الفني للمخرجات وهو ما يحصل عليه العميل بعد إنتهاء تفاعله مع مقدم الخدمة. وعادة فإن هذا البعد يمكن قياسه بموضوعية من قبل وذلك باعتباره حل فني لمشكلة قائمة.

ويمكن ملاحظة أن البعد الوظيفي للجودة يصعب تقييمه بموضوعية على عكس الجودة الفنية فغالباً ما يتم إدراك الجودة الوظيفية بصورة شخصية.

ولكن نظراً لاختلاف الخدمات عن بعضها من حيث درجة توافر العنصر الملموس وكذلك درجة اشتراك العملاء في عمليات تقديم الخدمة ، فإنه يصعب تحديد الحدود الفاصلة بين البعد الفني والبعد الوظيفي. فما يعتبر بعداً فنياً لخدمة معينة قد يعتبر بعداً وظيفياً لخدمة أخرى.

ولقد حدد جرونروس ست معايير للجودة المرتفعة للخدمة كما يدركها العملاء :

١- الاحتراف والمهارات : وتتمثل في إدراك العملاء أن مقدمي الخدمة والعاملين ونظم التشغيل والموارد المادية بالمنظمة لديها المعرفة والمهارات اللازمة لحل مشاكلهم بطريقة فعالة.

٢- السلوك والاتجاهات : وتتمثل في شعور العملاء بالاهتمام الذي يوليه لهم مقدمي الخدمة ومحاولاتهم حل مشاكلهم.
٣- سهولة الوصول والمرونة : وتتمثل في شعور العملاء بأن مقدمي الخدمة ، ساعات التشغيل، العاملين ، نظم التشغيل ، قد صممت بحيث تسهل من حصولهم على الخدمة وأن هذه العناصر قابلة للتعديل وفقاً لاحتياجات العملاء.
٤- الاعتمادية واكتساب الثقة : حيث يشعر العميل بأنه من الممكن أن يعتمد على مقدمي الخدمة، العاملين ، النظم ، بحيث يتمكن من الحصول على الخدمة التي وعد بها.
٥- معالجة الأخطاء : يدرك العملاء بأنه في حالة حدوث خطأ ما أو شئ غير متوقع فإن مقدمي الخدمة سوف يتعاملون معه فوراً وبطريقة إيجابية بحيث يوجدون حلولاً مقبولة لهذا الموقف.
٦- السمعة والمصداقية : يدرك العملاء بأنه من الممكن الوثوق بالعمليات التي يقوم بها مقدمة الخدمة.

ويعتبر المعيار الأول معياراً فنياً (مرتبطاً بالمخرجات) بينما تعتبر المعايير الأربعة الأخيرة معاييراً وظيفية (مرتبطة بالعمليات).

٤- أبعاد الجودة وفقاً للينين :

حدد لينين ثلاثة أبعاد لجودة الخدمة تتمثل في :

(١) الجودة المادية : وتتضمن التجهيزات والعناصر المادية.
(٢) الجودة الكلية : وتتضمن صورة المنظمة.
(٣) الجودة التفاعلية : وتتضمن تفاعل العملاء مع مقدمي الخدمة من ناحية وتفاعلهم مع بعضهم البعض من ناحية أخرى.

٥- أبعاد الجودة وفقاً لجوران :

تناول جوران مفهوم جودة الخدمة وذلك بالتركيز على ثلاثة أبعاد رئيسية :

أ- الزمن : حيث ينظر إلى الزمن اللازم للحصول على الخدمة على أنه عنصر من عناصر جودة الخدمة. وتقوم بعض الصناعات الخدمية بالتفرقة بين ثلاث تقسيمات مختلفة لعنصر الزمن :

- زمن الوصول ويتمثل في الفترة الزمنية اللازمة للعميل لجذب انتباه المنظمة الخدمية (الزمن اللازم للوصول لمقر المنظمة الصحية ، الزمن الذي يستغرقه عامل التليفون للرد على المكالمات الهاتفية).

- زمن الانتظار : وهي الفترة الزمنية التي ينتظرها العميل حتى يحين دوره لكي تقدم له الخدمة.
- زمن التصرف : وهو الوقت اللازم لأداء الخدمة.

ب- الجو المحيط بالخدمة : ويتمثل في مدى مقابلة الجو المحيط بالخدمة لأذواق العملاء.

ج- الشعور بالاهتمام : ويتمثل في مدى شعور العميل بأنه يلقى اهتماماً خاصاً من قبل المنظمة الخدمية.

٦- الأبعاد الشخصية والأبعاد الموضوعية :

من الممكن تصنيف عناصر جودة الخدمة إلى بعدين أساسيين : شخصي وموضوعي وذلك من خلال التعرف على درجة إمكانية تحديد جودة العنصر بصورة موضوعية.

فيمثل عنصر (توافر النقدية بماكينات الصرف الآلي) بعدا موضوعياً فإما أن تكون النقدية متوفرة أو تكون غير متوفرة ، بينما نجد أن عناصر مل قدرة العاملين علة الاستماع للعملاء وأدب ولباقة العاملين ، فإنها تكون أبعاداً شخصية أكثر منها موضوعية.

٧- بعدي جودة الخدمة وفقاً لفاندرميرو :

قامت فاندرميرو بتصنيف العناصر المختلفة المرتبطة بجودة الخدمة وفقاً لبعدين أساسين : بعد العناصر الصلبة وبعد العناصر اللينة. وتتمثل العناصر الصلبة hard things في العناصر المادية الأساسية والتي تقدمها المنظمة (صناعية أو خدمية) مثل أجهزة الكمبيوتر ، القروض الصحية ، رحلات الطيران ، ذلك بالإضافة إلى العناصر الملموسة. بينما تتمثل العناصر اللينة Soft things في سلوك الأفراد ، العلاقات التفاعلية ، النصائح المقدمة ، وغيرها من الخدمات التي يتم الحصول عليها مقرونة بالمنتج الأساسي.

ولقد ضمن بلنشار وجاللوي عنصري الوفاء بالوعود وسرية التعاملات ضمن العناصر الصلبة ، بينما قصر العناصر اللينة على العلاقات التفاعلية وتعتبر العناصر الصلبة وحدها غير كافية لمنح المنظمة ميزة تنافسية. فلقد أثبتت العديد من الدراسات أن العناصر الصلبة لا تكون السبب الأساسي لعدم رضاء العملاء بل يرجع عدم رضاهم إلى عناصر قد لا يحصلون عليها مثل المعلومات ، النصح ، المعرفة ، الاهتمام الفردي ، كل هذه العناصر اللينة والمتمثلة في خدمات وسلوكيات يصعب التنبؤ بها وقياسها ، تجد المنظمة صعوبة بالغة في التعامل معها.

فلقد أثبتت دراسة أجراها المنظمة الصحية الملكي بكندا The Royal of Canada أن أكثر من ثلث عملاء ، يعطون عناصر مثل الصداقات المتكونة مع مقدمي الخدمة ، رغبة مقدمي الخدمة في معاونة العملاء ، وأدب ولطف مقدمي الخدمة ، أهمية أكبر من أي اعتبارات فنية أخرى عند تقييمهم لجودة الخدمة المقدمة.

٨- أبعاد جودة العرض الاجمالي the total offering

تعتبر جودة العرض الاجمالي للخدمة مفهوماً مركباً ، حيث أن كل عرض يحتوي على عناصر من خدمات ، عناصر ملموسة ، والتكنولوجي والتي زادت أهميتها في الآونة الأخيرة – حيث يجب الاهتمام بجودة العناصر الثلاثة بالإضافة إلى جودة العرض ككل.

٩- الأثر على البيئة كبعد من أبعاد الجودة :

من الملاحظ أن الأبعاد المختلفة للجودة والتي تم تناولها لم تأخذ في الاعتبار أثر السلعة أو الخدمة على البيئة فلا يخفي علينا التلوث الذي تسببه عناصر بعض المنتجات واستخدامها مثل السيارات. ولقد قدم جيمسون مفهوم الجودة من منظور بيئي the green service quality لأول مرة في المؤتمر الثاني لجودة الخدمات والذي عقد في عام ١٩٩٢ ، ويرى جيمسون أنه يجب إضافة هذا البعد لقائمة الأبعاد العامة للجودة. وتعتبر بعض جوائز الجودة مثل The Malcolm Baldrige National Award أثر المنظمات على البيئة كبعد من الأبعاد الأساسية للجودة والتي يتم على أساسها تقسيم المنظمات.

١٠- عنصر الحب كبعد من أبعاد الجودة :

أضاف جيمسون عنصراً جديداً لأبعاد جودة الخدمة سماه عنصر الحب the love factor فالروابط النفسية والعاطفية والتي من الممكن إقامتها بين الممرضة أو المريض أو المدرس والتلميذ ، قد تكون لها أهمية أكبر من المهارات الفنية. كما تساعد جودة عملية التفاعل بين مقدم الخدمة ومتلقيها على زيادة مقدار مساهمة العملاء في تحقيق الجودة للخدمة.

فلقد تم التعرض من قبل لبعدي الاستجابة والعطف وغيرها من الأبعاد المرتبطة بالتفاعلات بين مقدم الخدمة ومتلقيها ، ولكن يجب عدم قصر النظر إلى هذه الأبعاد إلى أنها مهارات فنية ، بل تشتمل أيضاً على جانب كبير مرتبط بالشخصية والنواحي العاطفية التي تنشأ بين العميل ومقدمة الخدمة. حيث يساهم عنصر الحب The Love Factor مساهمة كبيرة في تحقيق جودة الخدمة.

ثانياً : الأبعاد الخاصة للجودة الخارجية للخدمات Specific quality dimensions

يتم ترجمة الأبعاد العامة للجودة – والتي تم التعرض لها – إلى أبعاد خاصة وفقاً للمنظمة الخدمية والسوق الذي تعمل فيه وذلك لكي يمكن الاستفادة من هذه الأبعاد من الناحية العملية. هذه الأبعاد الخاصة تكون مرتبطة بعناصر الخدمة نفسها ، العناصر الملموسة والتكنولوجي.

ولقد وجد هيدفال وبالتشيك أربعة أبعاد خاصة لجودة خدمة الصيدليات. وتتمثل هذه الأبعاد في :

- الاحتراف professionalism
- المشاركة والالتزام commitment
- السرية confidentiality
- الوسط الذي تعمل فيه milieu

وعرفت خطوط الطيران البريطانية British Arrays أربعة أبعاد تتمثل في :

- الاهتمام والرعاية care and concern
- حل المشكلات problem solving
- التلقائية والمرونة spontaneity and flexibility (وتتمثل هذه برهنة الأفراد العاملين على قدرتهم على التفكير وحل المشكلات غير المتوقعة متضمناً الشكاوي)

وحدد بلانشار وجاللوي ٣١ خاصية تمثل الأبعاد المختلفة لجودة خدمة المنظمة الصحية. ولقد قام بتصنيف هذه العناصر وفقاً للأبعاد الخمسة لباراسورامان وزملاؤه SERVQUAL ، المخرجات ، العمليات ، شخصية / موضوعية ، صلبة / لينة.

ويعتبر العنصر البشري عنصراً مهماً في جميع المنظمات ولاسيما أن هذا العنصر تزيد أهميته في تلك الحالات التي يغيب فيها المنتج الملموس ، فيقوم العملاء بتكوين انطباعاتهم عن المنظمة وخدماتها من خلال سلوك واتجاهات العاملين بها.

ولقد أيد ويتريش أنه في كثير من الحالات يصعب الفصل بين بيع الخدمة وتقديمها كما هو الحال بالنسب للخدمات المنظمة الصحيةية ، المحاماة ، وغيرها من الخدمات المتخصصة. بينما في حالة الخدمات التي تعتمد بصورة كبيرة على الميكنة (ماكينات

الصرف الآلي ، ماكينات البيع) فقد يلعب العنصر البشري دوراً صغيراً في تقديم الخدمة.

ويتضمن أفراد الخدمة أعضاء المنظمة الذين يكونون على اتصال مباشر مع العملاء بالإضافة إلى الأعضاء الذين لا يكونون على اتصال مباشر بالعملاء ، فبعض هؤلاء الأفراد قد يكونوا ظاهرين للعملاء أثناء عملية الشراء والاستهلاك للخدمة والبعض الأخر قد لا يكونوا ظاهرين.

ويرى دافيدسون أن الأفراد المتعاملين مباشرة مع العملاء يشكلون أهم أعضاء المنظمة وبالتالي فإنه لكي تنجح المنظمة الخدمية لابد أن يتم قلب الخريطة التنظيمية لها بحيث يكون الأفراد المتعاملين مباشرة مع العملاء في قمة الهرم التنظيمي.

كما استند كرونه وفيدبيرج إلى الأفراد الذين يكونون على اتصال مباشر بالعملاء كأداة تنافسية حيث اعتبروا هؤلاء الأفراد كفاصل حدي marginal secant ، فتم تعريفهم بأنهم أفراد يلعبون دوراً لا غنى عنه كوسيط بين منطقتين مختلفتين ومتعارضتين ، ويتمثل المنطقين لمتعارضين في منطق العملاء من ناحية ومنطق المنظمة من ناحية أخرى.

ونظراً لكون الخدمة غير مادية ، فإن الأفراد مقدمي الخدمة هم اللذين يمثلون المنظمة في أعين عملائها ، كذلك فإنهم يعتبرون مصدراً للمعلومات حيث أنهم الأقدر على التعرف على العملاء واحتياجاتهم ورغباتهم وردود أفعالهم.

فلقد وجد شنيدر وزملاؤه علاقة ارتباط قوية بين رأي هؤلاء العاملين عن الخدمة المقدمة من المنظمة من ناحية ، وراء مستهلكيها عنها من ناحية أخرى.

ويؤثر سلوك واتجاهات مقدمي الخدمة على جودة الخدمة المدركة من قبل العملاء. ولقد أبرزت الأبعاد المختلفة لجودة الخدمة أهمية الأبعاد المرتبطة بالعنصر البشري حيث فاقت أهميتها بقية الأبعاد الأخرى. فبالنظر إلى الأبعاد الخمس التي حددها باراسورامان وزملاؤه لجودة الخدمة (الاعتمادية ، العناصر الملموسة ، الاستجابة ، التأكيد والتعاطف) ، نجد أنها تتضمن العنصر البشري وخاصة الأبعاد الثلاثة الأخيرة.

١- أبعاد الجودة المرتبطة بمقدم الخدمة : قامت برايس وزملاؤها بدراسة للأبعاد المرتبطة بمقدمة الخدمة والتي تؤثر مباشرة على استجابة العميل العاطفية (الشعور

بالغضب ، الرضا ، التأثر ، الثقة) أثناء تقديم الخدمة. ولقد حددت بعض الأبعاد المرتبطة بأداء مقدمي الخدمة والتي تتمثل في :

أ- الفهم المتبادل : أثبتت دراسة بيتر وبومز وتيترولت أن مقدمي الخدمة يساهمون في تكوين مدركات العملاء عن الخدمة وأنه يكون باستطاعتهم تحويل المواقف غير الراضية إلى مواقف مرضية من وجهة نظر العميل. وكذلك فإن الفهم المتبادل بين العميل ومقدم الخدمة يعتبر عاملاً مهماً في التأثير على درجة رضا العميل.
وتوصلت دراسة برايس وزملاؤها إلى أن الفهم المتبادل بين مقدم الخدمة ومتلقيها (العميل) يؤدي إلى تكوين استجابة عاطفية إيجابية للعميل أثناء تقديم الخدمة. ولتحقيق الفهم المتبادل بين مقدم الخدمة ومتلقيها لابد من اهتمام مقدم الخدمة بمحتوى ونمط الاتصال مع العملاء. فيمثل المحتوى مضمون الرسالة التي يحاول مقدم الخدمة توصيلها للعميل بينما يمثل نمط الاتصال طريقة توصيل هذه الرسالة بحيث يجب أن تكون مصاغة بأسلوب فهمه ويدركه العميل.

ب- الانتباه الإضافي : إن حصول العميل على اهتمام خاص وأكثر من المعتاد من قبل مقدمي الخدمة يؤثر تأثيراً إيجابياً على تقييم العميل واستجابته العاطفية أثناء تقديم الخدمة. وتتراوح درجة اهتمام مقدم الخدمة بالعميل من مجرد استجابته للطلبات التقليدية للعميل إلى إمداد العميل بمميزات غير متوقعة. فالسلوك غير التقليدي لمقدمي الخدمة يتذكره دائماً العميل كما أنه يساهم في خلق شعوراً إيجابياً تجاه المنظمة الخدمية.

ج- القدرة على اكتساب الثقة : أحد العناصر التي تؤثر على إدراك العملاء لجودة الخدمة هو شعورهم بمدى صدق مقدم الخدمة. فمن الضروري أن يشعر العميل بالصدق من جانب مقدم الخدمة حيث يساهم هذا الشعور في تحقيق رضا العملاء.

د- الأهلية والمقدرة : إن الفهم المتبادل ، الاهتمام الزائد وصدق مقدم الخدمة تعتبر عناصر مستقلة عن متطلبات الخدمة الأساسية ولا يمكن أن تحل محل عناصر مثل الكفاءة والمقدرة على أداء الخدمة. فالأهلية المدركة لمقدم الخدمة من قبل العملاء تساهم في خلق شعوراً إيجابياً تجاه الخدمة.

٢- العميل كمستهلك ومنتج للخدمة : يلعب العميل دوراً مزدوجاً ، حيث يعتبر مستهلكاً للخدمة من ناحية ، ومشاركاً في عملية إنتاجها من ناحية أخرى ، وينظر العميل إلى مخرجات المنظمة الخدمية من حيث مقدار وطريقة مساهمته في تقديم الخدمة

وكذلك المشاكل ودرجة الرضا التي يحققها نتيجة حصوله على الخدمة ويرى لافلوك ويانج أنه من الممكن تحقيق فعالية في التكاليف وذلك من خلال زيادة نسبة مشاركة العملاء.

وباعتبار العميل كمنتج ومستهلك للخدمة ، فإن عملية إدارة التفاعل بين العميل والمنظمة تعتبر من أهم المهام لتي يجب أن تهتم بها أي منظمة خدمية. وقد تتخذ مشاركة العميل أشكالاً مختلفة :

١- وضع العميل لمحددات الخدمة ، وقد يقتصر دور العميل على تشخيص المشكلة وإمداد مقدمة الخدمة بالبيانات التي تساعده على التشخيص كما هو الحال بالنسبة للخدمات الطبية.
٢- قيام العميل ببعض المهام والتي كان من الممكن أن تقوم بها المنظمة الخدمية مثل قيام العميل بخدمة نفسه بمحلات التجزئة حيث يحل محل العاملين في القيام ببعض المهام.
٣- اشتراك العميل في عمليات الرقابة على الجودة مثل إعطاء العميل فرص إبداء الرأي في نقاط قوة أو ضعف الخدمة التي يقدمها المطعم.
٤- قد تشجع المنظمة الخدمية مشاركة العميل وتفاعله كجزء من عمليات تقديم الخدمة حيث يستفيد العاملون من هذا التفاعل من خلال زيادة تجاربهم وحصولهم على معلومات مرتدة وكذلك مستويات الخدمة التي يطلبها العملاء.
٥- قد تساهم مشاركة العميل في تنمية نظام الخدمة ككل في حالة تميز العملاء بمستويات مرتفعة من المعرفة والخبرة تستفيد منها المنظمات الخدمية المتعاملة معهم.
٦- وأخيراً قد يساهم العميل في عملية بيع أو تسويق الخدمة لعملاء آخرين وذلك من خلال الكلمة المنتشرة الإيجابية.

ومما سبق يمكن القول أن الدراسات التي تناولت موضوع جودة الخدمة قد تبنت مداخل مختلفة عند تحديد أبعاد جودة الخدمة ، يمكن إجمالها على النحو التالي :

١- المداخل الوصفية : وتركز على وصف مشاعر العميل تجاه خصائص وسمات الخدمة التي حصل عليها ، وتتضمن هذه المداخل تحديد كل من أبعاد الخدمة ، وهيكل الخدمة .

٢- المداخل التحليلية : في حين تركز هذه المداخل على تحليل العناصر الأساسية التي يتكون منها نظام الخدمة ، ويتدرج تحت هذه المجموعة المداخل التالية : جودة المدخلات / العمليات / النتائج / ، ونطاق جودة الخدمة (المحتوي ، العمليات ، الهيكل ، النتائج ، الأثر) .

سادسا : قياس جودة الخدمات الصحية :

استقرت الدراسات السابقة على وجود أسلوبين شائعين لقياس جودة الخدمة :

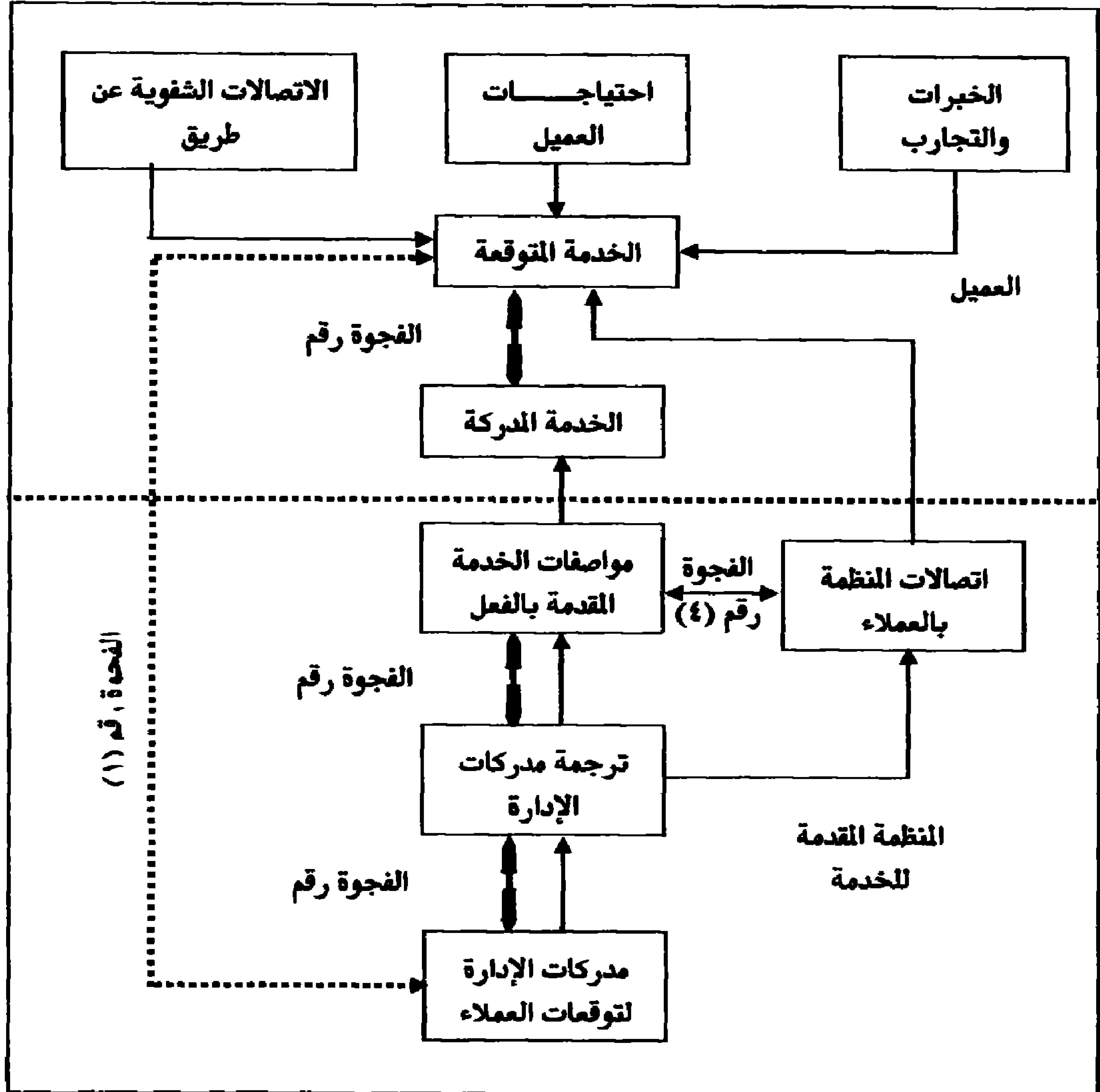
الأسلوب الأول لقياس جودة الخدمة :

وينسب هذا الأسلوب إلى Parasuraman ويستند على توقعات العملاء لمستوى الخدمة وإدراكهم لمستوى أداء الخدمة المقدمة إليهم فعلاً ، وبالتالي تحديد مدى التطابق (الفجوة) بين توقعات العملاء وإدراكاتهم وعادة ما يتم التعبير عن هذا المقياس رياضياً على أن جودة الخدمة = الأداء – التوقعات ، ويمكن توضيح هذا النموذج من خلال الشكل رقم (١/٢) وبعد القيام بعملية الطرح بين التوقعات والإدراك (الأداء الفعلي) يتم التوصل إلى ثلاث قيم لكل صور الفجوة :

١- القيم الموجبة (من +١ إلى +٦) وتمثل حالات تفوق الأداء على التوقعات.
٢- القيم السالبة (من -١ إلى -٦) وتمثل حالات تفوق التوقعات على الأداء.
٣- القيم الصفرية وتمثل تطابق الأداء مع التوقعات.

ثم يتم استخدام القيم السابقة (الموجبة أو الصفرية) في بناء مقياس نهائي ومباشر لمظاهر جودة الخدمة الخاضعة للدراسة من خلال معادلة تم التوصل إليها من قيم الفجوة على مقياس التدرج الآتي:

١- القيم من -٥ إلى -٦ خدمة رديئة للغاية.
٢- القيم من -٣ إلى -٤ خدمة رديئة.
٣- القيم من -١ إلى -٢ خدمة رديئة لحد ما.
٤- القيم الصفرية خدمة مقبولة.
٥- القيم من +١ إلى +٢ خدمة جيدة لحد ما.
٦- القيم من +٣ إلى +٤ خدمة جيدة.
٧- القيم من +٥ إلى + ٦ خدمة ممتازة.



الشكل رقم (٢/١)
نموذج الفجوات الخمس SERVQUAL لقياس جودة الخدمة

وقد أطلق على هذا الأسلوب في قياس جودة الخدمة اسم مقياس الفجوات " Caps Model" أو "SERVQUAL" ، وقد توصلت الدراسة التي أجراها Parasuraman إلى أن المحور الأساسي في نموذج قياس جودة الخدمة هي الفجوة بين إدراك العميل للمستوى الفعلي

لأداء الخدمة وتوقعاته حول جودة هذه الخدمة. وأن هذه الفجوة تعتمد على طبيعة الفجوات المرتبطة بتصميم الخدمة وإنتاجها وتسويقها وتقديمها. أي بالإضافة إلى فجوة الإدراك/التوقعات الخاصة بالعملاء هناك أربع فجوات أخرى هي :

- الفجوة رقم (١) : وهي تنتج عن الاختلاف بين توقعات العملاء لمستوى جودة الخدمة وبين إدارة المنظمة الخدمية لتوقعات العملاء. أي تنتج عن عجز إدارة المنظمة الخدمية عن معرفة احتياجات ورغبات العملاء المتوقعة خصوص الخدمة.
- الفجوة رقم (٢) : وهي تنتج عن الاختلاف بين المواصفات الخاصة للخدمة المقدمة للعملاء، وبين إدراكات إدارة المنظمة الخدمية لتوقعات العملاء هذا يعني أنه حتى ولو كانت احتياجات وتوقعات العملاء بخصوص الخدمة تم تحديدها جيداً من جانب إدارة المنظمة الخدمية. إلا أنه قد لا يتم ترجمتها إلى مواصفات محددة في الخدمة المقدمة بسبب قيود تتعلق بعدم استقرار الطلب على الخدمة أو بموارد المنظمة الخدمية أو عدم قدرة المنظمة على تبني فلسفة الجودة ... إلخ.
- الفجوة رقم (٣) : وهي تنتج بسبب عدم تطابق مواصفات الخدمة الفعلية المقدمة للعملاء مع ما تدركه الإدارة بخصوص هذه المواصفات ، وقد يرجع ذلك لانخفاض مستوى مهارة مقدمة الخدمة بالمنظمة الخدمية والذي يرجع بدوره لضعف القدرة أو الرغبة لدى هؤلاء العاملين (مقدمى الخدمة).
- الفجوة رقم (٤) : وتنتج من الخلل في مصداقية المنظمة الخدمية بمعنى أن الخدمة المرجوة للعملاء من خلال الاتصال الترويجي (البيع الشخصي والجهود الترويجية الأخرى) تختلف عن الخدمة الفعلية المقدمة لهم.
- الفجوة رقم (٥) : وتمثل فجوة الإدراكات / التوقعات للعملاء في النموذج.

وقد حظيت الفجوة الأولى والخامسة باهتمام الباحثين والمتهمين بقياس جودة الخدمة وذلك بالتطبيق على خدمات متنوعة منها : الخدمة الصحية ، والنقل الجوي ، والتعليم والوجبات السريعة ، والخدمات الهندسية الاستشارية ، والخدمات الصحية في المنظمة الصحية الإسلامية.

ويرى العديد من الباحثين أن نموذج (SERVQUAL) يعتبر أداه محكمة ، متعددة الأبعاد ذو درجة عالية من الثبات والصلاحية ويمكن استخدامه في الأداء الفعلي لجودة الخدمة من وجهة نظر هؤلاء العملاء.

ورغم القبول لمقياس SERVQUAL إلا أنه تعرض لكثير من الانتقادات من جانب بعض الباحثين، وتركزت هذه الانتقادات حول تعقد العمليات الحسابية التي ينطوي عليها ، وضعف قدرته التنبؤية ، وتأسيسه على نموذج الرضا وليس الاتجاهات ، بالإضافة

لضعف مقدرته على تفسير الاختلافات في مكونات الجودة من صناعة لأخرى. وبتحليل نموذج SERVQUAL يتضح ما يلي :

تتأثر الفجوة الأولى بكل من :

١- مدى التوجه ببحوث التسويق تأثراً سلبياً.

٢- جودة الاتصالات تأثراً سلبياً.

٣- المستويات الإدارية تأثراً سلبياً.

الفجوة الثانية وتتأثر بكل من :

١- التزام الإدارة بالجودة تأثراً سلبياً.

٢- درجة تحديد الهدف تأثراً سلبياً.

٣- تنميط المهمة تأثراً سلبياً.

٤- إدراك الجدوى تأثراً سلبياً.

الفجوة الثالثة وتتأثر بكل من :

١- درجة فهم الموظفين لمفهوم فريق العمل تأثراً سلبياً.

٢- ملائمة الفرد للوظيفة تأثراً سلبياً.

٣- ملائمة التكنولوجي المستخدم للوظيفة تأثراً سلبياً.

٤- الرقابة المدركة من جانب الموظفين ذوي الاتصال المباشر بالعملاء تأثراً إيجابياً.

٥- غموض الدور تأثراً إيجابياً.

٦- تعارض الدور تأثراً إيجابياً.

٧- أنظمة الرقابة الإشرافية تأثراً سلبياً.

الفجوة الرابعة وتتأثر بكل من :

١- الاتصالات الأفقية تأثراً سلبياً.

٢- الميل إلى المبالغة في الوعود تأثراً إيجابياً.

أما الفجوة الخامسة فهي تتأثر بوجود بعض أو كل الفجوات السابقة ، وكذلك أبعاد الجودة الخاصة بشكل من الاعتمادية ، سرعة الاستجابة لمطالب العميل ، التجسيد ، التأكيد ، والعطف.

وفي دراسة قام باراسيرمان وزملاؤه لاحقة استهدفت الوقوف على درجة ارتباط العوامل التنظيمية المقترحة في هذا النموذج بالفجوات المختلفة ، وأثر ذلك في التقييم النهائي للجودة المدركة للخدمة من قبل العملاء ، وقد توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية :

أولاً : فيما يختص بالعوامل التنظيمية المؤثرة على الفجوة الأولى أوضحت النتائج أن هذه الفجوة ارتبطت سلبياً بمدى التوجه ببحوث التسويق والاتصالات لأعلى ، كما ارتبطت إيجابياً بالمستوى الإداري حيث يزداد حجم هذه الفجوة عندما تتواجد حدود عديدة تفصل بين العاملين من ذوي الاتصال المباشر بالعميل والمديرين. كما أوضحت الدراسة ضيق هذه الفجوة عبر أنشطة الخدمة التي خضعت للدراسة ، وهي (المنظمة الصحية ، ومنظمات التأمين ، ومنظمات الاتصالات). وقد يعود ذلك إلى أن المنظمات التي أجريت عليها الدراسة كانت منظمات كبيرة والمديرون فيها مهتمون بالبحوث الخاصة بالعميل ويعلمون الكثير عن توقعاته من خلال تفاعلهم مع العاملين من ذوي الاتصال المباشر بالعملاء.

ثانياً : فيما يختص بالعوامل التنظيمية المؤثرة في الفجوة الثانية أوضحت النتائج ارتباط هذه الفجوة سلبياً بكل من التزام الإدارة بالجودة ، وتحديد الأهداف وتنمية المهمة ، وإدراك الجودة ، إلا أن أهم هذه العوامل في التأثير على حجم الفجوة الثانية هي التزام الإدارة بالجودة ، ويعد ذلك رسالة هامة لمديري منظمات الخدمة ، وذلك لالتزامهم بالمصادر الهامة لخلق جودة الخدمة.

ثالثاً : فيما يختص بالفجوة الثالثة أوضحت النتائج أن هذه الفجوة تتأثر سلبياً بكل من مدى فهم الأفراد لمفهوم فريق العمل ، وترتبط ارتباطاً سلبياً أيضاً ضعيف ، لكنه ذو دلالة إحصائية بمدة ملائمة الوظيفة للفرد ، وكذلك مدة ملائمة التكنولوجي للوظيفة ، والرقابة المدركة من جانب العاملين من ذوي الاتصال المباشر بالعميل ، ولم يكن هناك أي تأثير لنظم الرقابة الإشرافية ، كما أن تأثير غموض وتعارض الدور كان قليلاً جداً في هذه الفجوة.

رابعاً : فيما يختص بالعوامل المؤثرة في حجم الفجوة الرابعة أوضحت الدراسة ارتباط الاتصالات الأفقية سلبياً بالفجوة الرابعة ، في حين أن المبالغة في الوعود لم ترتبط إيجابياً بهذه الفجوة إلا في واحدة فقط من المنظمات الخمس إلى خضعت للدراسة ، ويشير ذلك إلى أن الاتصالات الأفقية الفعالة والتنسيق فيما بين جميع الأطراف التي تتعامل مع العميل هو مطلب أولي لتحقيق التطابق بين ما يتم الاتصال بشأنه مع العميل والخدمة الفعلية التي يحصل عليها.

خامساً : فيما يختص بالعلاقة بين الفجوات الأربع والفجوة الخامسة أوضح تحليل الانحدار أن الفجوات الأربع قد فسرت جزءاً قليلاً من التباين في الفجوة الخامسة ، حيث كان معامل الانحدار يساوي ٠.٠٤ كما أنه لا توجد دلالة إحصائية لهذا المعامل. إن ذلك لا ينفي وجود علاقة ارتباط بين هذه الفجوات والفجوة الخامسة فقد أوضحت معاملات الارتباط وجود ارتباط معنوي بين الفجوة الثالثة والرابعة والفجوة الخامسة.

ويؤكد الباحثون أنه إذا تطابقت نتائج دراستهم مع دراسات أخرى عند تطبيقها على أنشطة أخرى من قطاع الخدمة فإنه يتعين على منظمات الخدمة أن تولي اهتمام أكبر لكل من الفجوتين الثالثة والرابعة وذلك بغية تحسين جودة الخدمة ، وأن تركز على مسببات هاتين الفجوتين وذلك من خلال القيام بالآتي :

١- الحصول على أفراد مؤهلين.
٢- إمدادهم بالإمكانيات الضرورية لأداء الخدمة.
٣- منحهم المزيد من الحرية في خدمة العميل.
٤- التأكد من قيامهم بالعمل معاً كفريق واحد.

ويؤكد الباحثون في تعليقهم على نتائج الدراسة ، ضرورة قيام المديرين بالتركيز على فجوة واحدة والتعمق في دراستها لكي يتم التعرف على مسبباتها والنتائج المترتبة عليها ، وقد يعود السبب في نتائج هذه الدراسة إلى اتساع نموذج الدراسة ومحاولة الباحثين اختبر النموذج بأكمله بشكل لم يمكنهم من التعمق في الدراسة.

ويؤكد البعض أن الفجوة الأولى تعد أكثر الفجوات حرجاً في التأثير على الجودة المدركة للخدمة ، وهي تؤثر بشكل أساسي في باقي الفجوات التي يتضمنها النموذج ، لأن عدم توافر معلومات قيمة عن توقعات العميل بخصوص جودة الخدمة يجعل من الصعوبة إمكانية إغلاق كل من الفجوات الثانية والثالثة ، وكذلك الرابعة ، والتي تعد بدورها الأساسي في إغلاق الفجوة الخامسة ، حيث أنه لا يمكن التعامل مع الفجوة الأخيرة إلا من خلال الفجوات الأربع الأخرى التي يتضمنها النموذج.

ومن الدراسات التي أجريت لاختبار نموذج الفجوات ، تلك التي قام بها الصحن وذلك في مجال الخدمات الصحية وقد استهدفت دراسة الصحن بالإضافة إلى اختبار الفجوات اختبار الأهمية النسبية للعوامل التنظيمية في تحديد حجم الفجوات وتفسر التباين في هذه الفجوات. وقد توصلت الدراسة إلى تواجد الفجوات الأربعة كما اقترحها نموذج زيثمل وزملاؤها ، وفيما يتعلق بمسببات ظهور الفجوات أوضحت الدراسة أن أهم عامل في ظهور الفجوة الأولى هو عدم التوجه الكافي ببحوث التسويق داخل المنظمة الصحية ، يليه عامل الاتصالات لأعلى ثم تعدد المستويات الإدارية. وفيما يختص بالعوامل المسببة للفجوة الثانية جاء التزام الإدارة بجودة الخدمة العامل الأول في ظهور هذه الفجوة ، يليه وضع الأهداف ، وتنميط المهمة ثم أخيراً إدراك الجودة.

وبالنسبة لمسببات الفجوة الثالثة أكدت الدراسة أن العمل كفريق يأتي في مقدمة مسببات تواجد الفجوة الثالثة ، يليه ملائمة الفرد للوظيفة ، ثم ملائمة التكنولوجي للوظيفة ، والرقابة المدركة ، ونظم الرقابة الإشرافية ثم تعارض الدور وأخيراً غموض الدور ، أما الفجوة الرابعة قد كانت أهم العوامل لمسببة لظهورها هي الاتصالات الأفقية ، يليها المبالغة في الوعود.

وفي دراسة لاحقة لاختبار صحة النموذج الذي قدمته زيثمل وزملاؤها وذلك فيما يتعلق بالعوامل المسببة لظهور الفجوات ، (عوامل ثقافة الخدمة) ، وكذلك الأهمية النسبية لها في تفسير قدرة المنظمة على تقديم جودة عالية في خدماتها ، وقد استهدفت هذه الدراسة أيضاً اختبار العوامل الخاصة بثقافة الخدمة المتعلقة بالمديرين ، وتلك المتعلقة بالعاملين وذلك في تحديد جودة الخدمة التي تقدمها الفنادق ذات النجوم الخمسة وذلك من وجهة نظر العملاء.

وقد توصلت الدراسة إلى وجود ستة مفاهيم تؤثر في قدرة المنظمة على تحقيق ثقافة الخدمة بها وذلك على المستوى الإداري ، وهي التوجه ببحوث التسويق ، والاتصالات لأعلى ، والتزام إدارة الفندق بمفهوم الجودة ، وقدرتها على وضع الأهداف بشكل واضح ، وقدرتها على تنميط أداء الخدمة كلما أمكن ، الإدراك العالي لقدرة الفندق على تقديم خدمة متميزة للعملاء.

كما كشفت النتائج عن وجود علاقة ارتباط قوية بين هذه العناصر وجودة الخدمة كما أدركها العملاء ، وفيما يختص بالأهمية النسبية لهذه العناصر في تفسير جودة الخدمة أوضح تحليل الانحدار أن أهم هذه العوامل هو التزام الإدارة بمفهوم جودة الخدمة.

وفيما يتعلق بعناصر ثقافة الخدمة الخاصة بالعاملين أوضحت النتائج وجود ارتباط بين كل من العمل بروح الفريق ، وتناسب الأفراد مع الوظائف ، وتناسب تكنولوجي مع طبيعة العمل / والسيطرة على المواقف الطارئة ، وأنظمة الرقابة الإشرافية ، وجودة الاتصالات الأفقية ومتغير الجودة المدركة للخدمة ومي حيث أولويات هذه العناصر اتضح أن الاتصالات الأفقية تعد أهم هذه العناصر حيث أنها فسرت حوالي ٧٦% من التباين الخاص بالجودة المدركة للخدمة.

أما الدراسة التي أجراها كل من تشنيت وزملاؤه فقد استهدفت إعادة اختبار العوامل المؤثرة في فجوة الأداء. ، وتعرف هذه الفجوة وفقاً لباراسيرمان وزملاؤه بأنها "الفرق بين

أبعاد الجودة والجودة الفعلية التي تم الحصول عليها ، وتمثل الفجوة الثالثة في نموذج باراسيرمان وزملاؤه

ويرى الباحثون في هذه الدراسة بأن دراسة هذه الفجوة تعد هامة للعديد من الأسباب وهي :

١- إن هذه الفجوة تتطلب الاعتمادية (غياب فجوة الأداء) ، ويترتب على ذلك العديد من النتائج الهامة مثل التأثير على أداء المنظمة ، إعادة التعامل مع المنظمة مما يتطلب إدارة توقعات العميل ، وتقديم الخدمة التي وعدت بها المنظمة وذلك لتطوير علاقات طويلة الأجل مع العملاء.
٢- تعد فجوة الأداء هامة من منظور منفعة الموارد حيث أن الدقة في الأداء والذي يتطلبه إغلاق هذه الفجوة ، يؤدي لتخفيض التكاليف ، ويحول دون فشل الخدمة ، بما يؤثر على الأداء المالي للمنظمة.
٣- من وجهة نظر التسويق ، تحتاج إدارة هذه الفجوة تطوير إطار مفاهيمي لتنمية تسويق العلاقات Relationship Marketing ، وذلك بعمل علاقات مستديمة مع كل من العملاء ، والموردين العاملين ، من خلال الثقة ، والالتزام في العلاقة. ولم يتم تناول هذه العوامل في الدراسة التي قام بها باراسيرمان وزملاؤه مما يبرر قيام دراستهم بالتركيز على التأثير المحتمل للثقة والالتزام والتعاون على أداء الخدمة.

وقد أوضحت الدراسة أن فجوة الأداء تعد دالة في كل من الثقة ، والالتزام ، والتعاون ، وأن العوامل التي تندرج تحت هذه الأبعاد الأساسية هي ملائمة الفرد للوظيفة ، والرقابة المدركة ، والقيم المشتركة ، وكذلك بعض العوامل التنظيمية مثل نظم الرقابة الإشرافية ، وملائمة التكنولوجي للوظيفة ، وعوامل تتعلق بأدوار الأشخاص مثل غموض الدور ، وتعارض الدور.

ومن الدراسات التي اعتمدت على نموذج الفجوات الذي قدمه كل من باراسيرمان وزملائه تلك الدراسة التي أجراها كل من براون وشوارتز والتي استهدفت تقييم جودة الخدمة في مجال الخدمات المتخصصة. وذلك من وجهة نظر كل من العميل ومقدم الخدمة.

وقد أجريت هذه الدراسة على قطاع الخدمات الطبية وذلك لاكتشاف الفجوة بين إدراكات المرضى والأطباء لجودة الخدمة ، وقد اختبرت دراسة براون وشوارتز ثلاث فجوات في نموذج باراسيرمان وزملاؤه. تتعلق الأولى منها بالفرق بين توقعات المرضى

حول جودة الخدمة الصحية وفقاً لعدد من الأبعاد الخاصة بالخدمة ، والخدمة الفعلية التي تلقاها المرضى وفقاً لنفس العدد من الأبعاد. وقد تمثلت هذه الأبعاد في المهارة، والمصداقية ، والاتصالات. أما الفجوة الثانية فهي تختص بحساب الفروق بين توقعات العملاء تجاه جودة الخدمات الصحية وإدراك الأطباء لهذه التوقعات. وأخيراً تتعلق الفجوة الثالثة بالفرق بينت خبرة المرضى الفعلية عن الخدمة وإدراك الأطباء لهذه الخبرة. كما اختبرت الدراسة العلاقة بين كل فجوة من الفجوات الثلاثة ودرجة رضا العميل عن الخدمة ، وكذلك مدى الارتباط بين الفجوات الثلاثة في تحديد التقييم الكلي لجودة الخدمة.

وقد كشفت نتائج الدراسة عن تواجد الفجوات الثلاثة السابقة مؤكدة بالدلالة الإحصائية لهذه النتائج. كما أوضحت النتائج عن وجود علاقة إيجابية بين الفجوات الثلاثة وتقييم العميل لجودة الخدمة ، كما أوضح تحليل الانحدار أن الفجوة الثالثة تعد أكثر الفجوات أهمية في التأثير على التقييم النهائي لجودة الخدمة وذلك في شكل الرضا عن جودة الخدمة.

ومن الدراسات الحديثة التي اعتمدت على تحليل الفجوات الذي تضمنه نموذج باراسيرمان وزملائه تلك الدراسة التي أجراها بوشوف وزملاؤه وقد أجريت الدراسة على عينة من عملاء المنظمة الصحية وشركات التأمين وذلك بغرض اختبار العوامل المسببة للفجوتين الأولى والثالثة. وقد قدم الباحثون مسببات بديلة وإضافية لهاتين الفجوتين تختلف عن تلك التي تضمنها نموذج زيثمل زملائها.

وترى الدراسة أن كل من تعارض الدور ، وغموض الدور ، وتحديد الهدف والاتصالات الأعلى والاتصالات لأسفل والمعلومات المرتدة عن الأداء تعد مسببات للفجوة الأولى ، في حين تعد المبادأة الهيكلية والرضا الوظيفي ، وفريق العمل مسببا للفجوة الثالثة ، ويعد الالتزام التنظيمي متغيراً وسيطاً حيث يتوسط العلاقة بين المسببات وجودة الخدمة.

وبناءاً على نتائج التحليل العاملي تم استبعاد بعض المتغيرات التي اتصفت بضعف الثبات الداخلي أو الصدق التمايزي المنخفض ، وقد تمثلت هذه المتغيرات في كل من غموض الدور ، والاتصالات لأعلى ولأسفل ، وفريق العمل ، والرضا الوظيفي. وذلك بناء على ضعف الثبات.

وقد أوضحت نتائج الدراسة أن تعارض الدور ليس له تأثير في جودة الخدمة ، وأن هناك علاقة إيجابية بين تحديد الأهداف وكل من جودة الخدمة والالتزام التنظيمي، كما أوضحت النتائج عدم وجود علاقة بين المعلومات المرتدة عن الأداء وكل من جودة الخدمة والالتزام التنظيمي.

وتوضح نتائج هذه الدراسة أن ملائمة الأفراد العاملين في الصف الأول للعمل بالمنظمة هو مفهوم يساعد في فهم وتوضيح كيفية إثارة دافعيتهم لتقديم الجودة المرغوبة من قبل العميل ، حيث ساندت نتائج الدراسة اقتراح الباحثين بشأن التأثير الإيجابي للالتزام التنظيمي على إدراك جودة الخدمة.

ومن أحدث الدراسات التي استهدفت اختبار نموذج الفجوات تلك التي قامت بها بسيوني وقد توصلت بسيوني إلى تواجد الفجوات الخاصة بالجودة المدركة للخدمة وذلك في مجال خدمات النقل الجوي.

وتوضح دراسة بسيوني أنه من أهم مسببات ظهور الفجوة الأولى هو المستويات الإدارية ، أما الفجوة الثانية فهي ترتبط سلبياً بالالتزام بالجودة ، وتحديد الهدف وتنميط المهام. أما الجودة الثالثة فيعد تعارض الدور، والرقابة الإشرافية والرقابة المدركة وملائمة الفرد للوظيفة وغموض الدور ، ومفهوم فريق العمل من أهم مسبباتها وتتأثر الفجوة الرابعة بالاتصالات الأفقية ، ومدى الميل للمبالغة في الوعود. وتفيد نتائج هذه الدراسة المنظمات العاملة في قطاع خدمات النقل الجوي وذلك من حيث كشف العناصر المسببة لظهور الفجوات والمرتبطة بتقييم جودة الخدمة ، وذلك لتحسين الأداء بشأنها بغية تحسين الجودة المدركة للخدمة في قطاع خدمات النقل الجوي.

الأسلوب الثاني لقياس جودة الخدمة :

في ضوء الانتقادات التي وجهت للأسلوب الأول SERVQUAL تبنى بعض الباحثين الأسلوب الثاني ، ويرجع إلى Cronin & Taylor عام ١٩٩٢ ، ويرفض الأسلوب الثاني في قياس جودة الخدمة فكرة الفجوة بين (إدراكات العملاء وتوقعاتهم). وأطلق على هذا الأسلوب في قياس جودة الخدمة "مقياس الأداء الفعلي" SERVPERF.

ويمكن التعبير عن جودة الخدمة رياضياً وفقاً لهذا المقياس على النحو التالي :

جودة الخدمة = الأداء

ويلاحظ أن مقياس SERVPERF لجودة الخدمة يعتمد على قياس الجودة باعتبارها شكلاً من أشكال الاتجاهات نحو الأداء الفعلي للخدمة. ولم يختلف قياس الجديد SERVPERF عن المقياس الأول SERVQUAL في الأبعاد الرئيسية المستخدمة في قياس جودة وهي : الأشياء المادية ، والاعتمادية ، والاستجابة ، والأمان ، والتعاطف وبنودها الفرعية الـ ٢٢.

ويتميز المقياس الثاني لجودة الخدمة SERVPERF عن المقياس SERVQUAL – من وجهة نظر مؤديه – بالبساطة وسهولة الاستخدام ، وبزيادة مصداقيته وواقعيته لأنه يستبعد عمليات الطرح بين توقعات العميل وإدراكاته لمستوى الخدمة.

وقد تعرض المقياس الثاني لجودة الخدمة لانتقادات تركز معظمها حول ودية قيمة النتائج المستخلصة من استخدامه بسبب تجاهله لتوقعات العملاء ، ثم تحديد فجوة الخدمة بالإضافة لبعض الانتقادات الخاصة بمنهجية القياس وطرق الإحصائية المستخدمة في التحقق من ثباته ومصداقيته. لكن بعض الدراسات العربية اللاحقة نجحت في تأكيد ثبات مقياس SERVPERF ومصداقيته في التطبيق العلمي.

وما زال الجدل مستمراً حول فاعلية كل من المقياسين السابقين المستخدمين أساس جودة الخدمة ، وانقسم الباحثون إلى فريقين ما بين مؤيد ومعارض لكل منهما الأمر الذي استوجب ضرورة القيام بمزيد من الدراسات التطبيقية لحسم هذا الجدل.

ومع هذا الجدل ظهرت نماذج أخرى مفسرة لتقييم العملاء لجودة الخدمة ، ولعل من أبرز هذه النماذج نموذجين أساسيين : نموذج تحليل الفجوات ونموذج التأكيد وعدم التأكيد ، وسوف يقوم الباحث باستعراض هذين النموذجين فيما يلي :

أولاً : نموذج تحليل الفجوات :

اقترح هذا النموذج زيثامل وزملاؤها ، حيث يوضح النموذج أنه في حالة ارتفاع مستوى توقعات العملاء الخاصة بالخدمة عن الأداء المدرك لها ، فإنه يجب على المنظمة الخدمية التعرف على أسباب هذه الفجوة واتخاذ الإجراءات التصحيحية لعلاجها حتى تتمكن من تقديم خدمة ذات جودة مرتفعة.

وتنشأ الفجوة بين توقعات العملاء والأداء المدرك كنتيجة للعديد من الفجوات الأخرى ولقد تضمن نموذج لجودة الخدمة أربعة فجوات تعتبر الأسباب الرئيسية لعدم

تساوي توقعات العملاء مع الأداء المدرك. وتتمثل الفجوات الأربعة والمسببة للفجوة الخامسة في :

أ- الفجوة الأولى : اختلاف إدراك الإدارة لتوقعات العملاء عن التوقعات الفعلية للعملاء.

فقد تكون إدارة المنظمة الخدمية غير واعية بالخصائص التي يبحث عنها العملاء في الخدمة ، وحتى إذا كانت واعية بمثل هذه الخصائص فإنها قد لا تعرف مستويات الأداء التي تناسب العملاء وتقابل توقعاتهم ، وتتمثل الخطوة الأولى لتحسين جودة الخدمة في حصول الإدارة على معلومات دقيقة عن توقعات العملاء حتى يكون هناك فهماً متبادلاً لهذه التوقعات بين الإدارة والعملاء (غلق الفجوة الأولى).

ب- الفجوة الثانية : اختلاف المواصفات التي تضعها الإدارة للجودة عن إدراك الإدارة عن توقعات العملاء.

إن إدراك الإدارة الدقيق لتوقعات العملاء ضروري ولكنه ليس كاف لتقديم خدمة ذات جودة مرتفعة. فيجب ترجمة هذه التوقعات إلى مواصفات للخدمة. وقد تجد الإدارة صعوبة في ترجمة هذه التوقعات إلى مواصفات وذلك نتيجة العديد من الأسباب منها عدم واقعية توقعات العملاء ، عدم إمكانية تعديل بعض العناصر بالمنظمة ، قيود الموارد والتي تحد من قدرة المنظمة.

ولقد ذكر جارفين أن السبب الأساسي لجودة مثل هذه الفجوة هو عدم اكتراث إدارة المنظمة الخدمية بجودة الخدمة وبالتالي فإنها لا تسعى إلى تحسينها.

ج- الفجوة الثالثة : اختلاف الخدمة المقدمة عن المواصفات التي وضعتها الإدارة.

وقد ترجع أسباب هذا الاختلاف إلى عدم رغبة أو عدم قدرة مقدمي الخدمة على مقابلة هذه المواصفات وذلك نتيجة أن العاملين (مقدمي الخدمة) غير مؤهلين التأهيل الكافي أو عدم توافر الإمكانيات (الأفراد ، التكنولوجي ، النظم) المناسبة لتقديم الخدمة وفقاً للمواصفات.

د- الفجوة الرابعة : اختلاف الخدمة المقدمة عن ما تنشره الاتصالات الخارجية.

تعتبر الاتصالات الخارجية أحد المحددات الأساسية لتوقعات العملاء. فالوعود التي تقدمها المنظمة الخدمية لعملائها عبر وسائل الاتصال المختلفة (إعلانات الوسائل المسموعة والمرئية ، رجال البيع ، ....) تؤدي إلى رفع مستوى توقعات العملاء.

وتنشأ الفجوة بين الخدمة الفعلية والخدمة الموعود بتقديمها نتيجة عدم وفاء المنظمة بما تعهدت به مما يؤثر سلباً على الجودة المدركة للخدمة من قبل العملاء.

وللقضاء على هذه الفجوة يجب على المنظمة الخدمية عدم المغالاة في الوعود المقدمة للعملاء ، وكذلك محاولة توضيح الصعوبات التي تواجهها عند تقديم الخدمة حتى لا يبنى العملاء توقعات مغالي فيها مرتبطة بجودة الخدمة.

ومن الاستعراض السابق للفجوات الأربعة ، يتضح أنه بالقضاء على هذه الفجوات تتمكن المنظمة الخدمية من تقديم الخدمة ذات جودة مرتفعة من وجهة نظر العملاء حيث تتمكن من القضاء على الفجوة الخامسة والتي تكون ناتجة عن الفجوات الأربع السابقة والمتمثلة في الفرق بين توقعات العملاء المرتبطة بالخدمة وإدراكهم للأداء الفعلي لها.

ثانياً : نموذج التأكيد / عدم التأكيد

(أ) المزيج التسويقي للخدمات :

يعتبر مصطلح المزيج التسويقي من المصطلحات التي لاقت قبولاً في مجال التسويق ، ولقد عرف المزيج التسويقي بأنه تلك المتغيرات التي تتحكم فيها المنظمة والتي تقوم بمزجها بنسب مختلفة بهدف تحقيق الرضا للأسواق المستهدفة بالإضافة إلى تحقيق أهدافها الخاصة.

ومن هذا التعريف يمكن القول بأن المزيج التسويقي يتضمن كل العناصر التي من الممكن أن تحقق الرضا للمستهلكين والتي تستطيع أن تتحكم فيها المنظمة.

ويتكون المزيج التسويقي التقليدي من أربعة متغيرات أساسية والتي أطلق عليها 4P'S و التي تتضمن : المنتج ، السعر ، المكان ، الترويج. ولقد وجد العديد من الباحثين أن هذه المتغيرات الأربعة قد تكون مناسبة وكافية إذا ما كنا بصدد المنظمات التي تقوم بإنتاج السلع المادية ، لكنها لا تعتبر كافية إذا ما كنا بصدد المنظمات الخدمية.

ففي عام ١٩٨٩ قدم بومز وبيتنر فكرة المزيج التسويقي الموسع The expanded Marketing mix حتى يناسب المنظمات الخدمية. ويتضمن المزيج التسويقي الموسع العناصر الأربعة التقليدية للمزيج التسويقي بالإضافة إلى ثلاثة عناصر إضافية تتمثل في :

١. الشواهد المادية Physical evidence : وتتمثل في البيئة التي يتم فيها التفاعل بين المنظمة والمستهلكين ذلك بالإضافة إلى المستلزمات المادية والتي تسهل من أداء الخدمة أو الاتصالات المرتبطة بها.
٢. المشاركين Participants : ويقصد جميع الأفراد الذين يساهمون في تقديم الخدمة والذين يؤثرون على مدركات المستهلكين ، وهؤلاء المشاركين يتمثلون في العاملين بالمنظمة وكذلك المستهلكين الآخرين.
٣. العملية Process : ويقصد بها الإجراءات والآلية وتدفق الأنشطة التي تقدم من خلالها الخدمة.

وتؤثر عناصر المزيج التسويقي للخدمات (وخاصة العناصر الثلاثة الإضافية) على رضا المستهلكين ومدركاتهم عن جودة الخدمة المقدمة. ولقد وضعت بيتنر Bitner نموذجاً يبرز أهمية الدور الذي تلعبه عناصر المزيج التسويقي في تحديد رضا المستهلكين وجودة الخدمة المقدمة ويمكن توضيح هذا النموذج من خلال المراحل التالية :

- توضح المرحلة الأولى من النموذج أنه تتكون اتجاهات مسبقة عن الخدمة قبل تكون التوقعات الخاصة بالخدمة ، هذه الاتجاهات المسبقة تؤثر في التوقعات الخاصة بنتيجة الخدمة.

- وفي المرحلة الثانية يحدث التأكيد Confirmation وذلك إذا ما تم مقارنة الأداء المدرك للخدمة مع التوقعات عنها ، ويؤدي التأكيد أو عدم التأكيد إلى رضا العميل أو عدم رضاه.

ويوضح النموذج أن المستهلك قبل أن يحدد درجة رضاه أو عدم رضاه عن الخدمة يحاول تحديد أسباب هذا الرضا ووفقاً لطبيعة هذه الأسباب ، قد يعدل العميل من مستوى رضاه والسلوك المرتبط به، فعندما يرجع المستهلك أسباب عدم التأكيد إلى المنظمة (المنظمة هي المتسببة في المشكلة) وأن هذه الأسباب دائمة (أي أنها تحدث باستمرار) وتحت سيطرة المنظمة (أي أن المنظمة كان من الممكن أن تتجنبها)، فإنه في هذه الحالة تكون درجة عدم رضاه أعلى عن ما إذا أرجع عدم التأكيد إلى ظروف عكسية.

- وتوضح المرحلة الأخيرة من النموذج أنه بالإضافة إلى الرضا عن الخدمة ، فهناك بعض المتغيرات الأخرى التي تؤثر على الجودة المدركة للخدمة ، مثل الكلمة المتداولة ، الصورة المدركة للمنظمة ، والخبرات السابقة.

ويلاحظ أن هذا النموذج والذي قدمته بيتنر قد تضمن تلك المتغيرات التي تدخل تحت نطاق سيطرة المنظمة والتي قد تؤثر على مكونات النموذج. فتؤثر العناصر التقليدية للمزيج التسويقي على درجة رضا العميل عن الخدمة ، ذلك بالإضافة إلى العناصر الإضافية للمزيج التسويقي والمتمثلة في الشواهد المادية ، المشاركين ، والعملية.

(٢) التوقعات :

إن تفهم طبيعة توقعات المستهلك يعتبر ضرورة لتقديم خدمة ذات جودة مرتفعة ، حيث يقارن المستهلك توقعاته مع مدركاته عند الحكم على الخدمة التي تقدمها المنظمة ، وعلى الرغم من أهمية توقعات المستهلك ، إلا أن طبيعة هذه التوقعات وكيفية تكونها قد ظلت غامضة.

ويحاول الباحث في هذا الجزء الإجابة عن التساؤلات الآتية :

- ما هي توقعات العملاء ؟ هل هناك أنواع مختلفة من التوقعات ؟
- ما هي العوامل التي تؤثر في تكوين هذه التوقعات ؟

لقد توصل باراسورامان وزملاؤه في الدراسة التي أجروها على عملاء بعض المنظمات الخدمية أن لتوقعات مستهلكي الخدمة مستويين : المستوى المرغوب desired Level والمستوى المناسب adequate level.

ويمثل المستوى المرغوب مستوى الخدمة التي يرغب المستهلك في الحصول عليها والتي يعتقد أنها يجب أن تكون عند هذا المستوى أما المستوى المناسب فهو مستوى الخدمة الذي ينظر إليه المستهلك على أنه مستوى مقبول ويمثل الفرق بين المستوى المرغوب والمناسب في الخدمة منطقة تسمى منطقة السماح Zone of tolerance حيث تتسع وتضيق هذه المنطقة وتختلف من مستهلك لآخر.

ومن الممكن تصنيف توقعات مستهلك الخدمة وفقاً للأبعاد الخمس التي وضعها باراسورامان وزملاؤه والتي تتمثل في الاعتمادية ، النواحي الملموسة ، الاستجابة ، الضمان والعطف. فبينما تهتم الاعتمادية بمخرجات الخدمة أو نتيجة الخدمة The Service outcome ، تهتم الأبعاد الأربعة الأخرى بالعمليات المرتبطة بالخدمة The service Process.

ولقد أوضحت الدراسات التي أجراها باراسورامان وزملاؤه أن بعد الاعتمادية (القدرة والدقة في الوفاء بالخدمة المتعهد بتقديمها) يعتبر أهم بعد يمكن الاستناد إليه في مقابلة توقعات المستهلكين ، بينما إذا ما رغبت المنظمة الخدمية في تقديم خدمة تفوق وتتعدى توقعات المستهلكين ، بينما إذ ما رغبت المنظمة الخدمية في تقديم خدمة تفوق وتتعدى توقعات المستهلكين فإنها يجب أن تهتم بالأبعاد المرتبطة بالعمليات وخاصة الضمان والاستجابة والعطف.

وتختلف المستويات المرغوبة والمناسبة للخدمة وكذلك منطقة السماح لبعد الاعتمادية عنها للأبعاد المرتبطة بالعمليات. حيث ينظر المستهلكون إلى الاعتمادية على أنها جوهر الخدمة أو الخدمة الأساسية وبالتالي يكون عندهم مستويات توقعات عالية بالنسبة لهذا البعد ولا يكونوا على استعداد للتخلي عن هذه التوقعات بسهولة ، وبالتالي تكون منطقة السماح المرتبطة ببعد الاعتمادية صغيرة نسبياً.

العوامل المؤثرة في توقعات العملاء :

ترتبط قرارات شراء السلع والخدمات بدرجات مختلفة من عدم التأكد. ويمثل الخطر المدرك Perceived risk عدم تأكد المستهلك من المكاسب أو الخسائر التي قد يحققها نتيجة حصوله على المنتج. ويتكون هذا الخطر من ستة مكونات : خطر مالي، خطر مرتبط بالأداء ، خطر نفسي ، خطر مرتبط بالأمان، وخطر زمني. ويمثل الخطر المدرك الإجمالي أثر هذه المكونات مجتمعة مع بعضها.

وينظر المستهلكون إلى الخدمات على أنها تتميز بدرجات أعلى من الخطر على ما تتميز به السلع المادية. حيث أن عملية تقييم الخدمات أكثر صعوبة من تقييم السلع المادية ، فإن المستهلكون قد يجدوا أنفسهم مضطرون للاعتماد على مؤشرات مختلفة كوسيلة لتخفيض الخطر المرتبط بعدم التأكد. وهذه المؤشرات تتمثل في المعلومات التي يستطيع المستهلكون الحصول عليها من المصادر المختلفة.

ولقد صنف مواري مصادر المعلومات إلى مصادر داخلية ومصادر خارجية للمعلومات وتتمثل المصادر الداخلية في ذاكرة المستهلك نفسه. فعندما يواجه المستهلك قرار شراء ، فإنه يبدأ في استرجاع معلوماته المرتبطة بتجاربه الشخصية السابقة مع المنتج أو الخدمة. فالتجارب السابقة تخلق لديه نوع من المعرفة.

أما المصادر الخارجية ، فيمكن تقسيمها بدورها إلى مصادر خارجية مرتبطة بالمسوق marketer dominated (غير شخصية مثل الإعلان) ، ومصادر خارجية شخصية (أراء الأصدقاء والأقارب والرؤساء) ويعتمد المستهلكون على المصادر الداخلية والخارجية للمعلومات بنوعيها للحكم على الجودة.

ولقد أثبتت العديد من الدراسات أنه كلما زادت درجة الخطر المدرك المرتبط بالسلعة أو الخدمة ، كلما زاد اعتماد المستهلك على المصادر الداخلية والشخصية للمعلومات (Murray, 1991) وبالتالي فإنه عند شراء الخدمات يعتمد المستهلكون بصورة أكبر على المصادر الداخلية والشخصية حيث تعطي هذه المصادر مؤشرات لتحديد الجودة المرتبطة بالخبرة (الجودة التي لا يمكن الحكم عليها إلا أثناء أو بعد استهلاك الخدمة)، ذلك بالإضافة إلى أنه قد لا تتوافر مصادر المعلومات غير الشخصية نتيجة لقيود مالية وقانونية.

وتؤثر المصادر المختلفة للمعلومات (التجارب السابقة ، الكلمة المتداولة word of mouth (الاتصالات الخارجية) بالإضافة إلى بعض العوامل الأخرى مثل : عناصر المزيج التسويقي ، والاتصالات الخارجية في المستوى المرغوب من توقعات العملاء.

أ– الكلمة المتداولة :

أثبتت العديد من الدراسات أن الكلمة المنتشرة تعتبر أهم مصدر معلومات لتخفيض الخطر المرتبط بعملية شراء الخدمات. وكذلك فإن أثرها على المستهلكين أكبر من أثر وسائل الإعلام عليهم وذلكم لما تتميز به من إمكانية الاستفسار والإيضاح وتوافر المعلومات المرتدة.

وتتأثر توقعات المستهلكين المرتبطة بالخدمة بآراء الأصدقاء ، الأقارب ، الرؤساء ، .... والذين ينقلون للمستهلك نتيجة تجربتهم الشخصية مع المنظمة الخدمية.

فقد أثبتت الدراسات التي أجرتها شركة كوكاكولا العالمية أن :

- المستهلكين الذين واجهوا مشاكل عند تعاملهم مع الخدمة ولم يتم حل هذه المشاكل بصورة مرضية ، نقلوا تجربتهم السيئة إلى عدد من ٩ إلى ١٠ مستهلكين.
- المستهلكين الذين كانت لهم تجربة إيجابية مع الخدمة نقلوا هذه التجربة إلى عدد من ٤ إلى ٥ مستهلكين محتملين.

ومن النتيجتين السابقتين يتضح أن الكلمة المنتشرة السلبية يتم نقلها إلى عدد أكبر من المستهلكين عن الكلمة المتداولة الإيجابية وبالتالي يكون أثر الكلمة المتداولة السلبية أكبر من أثر الكلمة المتداولة الإيجابية على توقعات المستهلكين.

ب- الاتصالات الخارجية :

تعتبر الاتصالات الخارجية والموجهة من المنظمة الخدمية محدداً أساسياً لتوقعات المستهلكين المرتبطة بجودة الخدمة. فالوعود التي تقدمها المنظمة الخدمية من خلال وسائل الإعلام ورجال البيع ووسائل الاتصال الأخرى ترفع من مستوى التوقعات والتي تعتبر أساساً يستند إليه المستهلكون عند تقييم جودة الخدمة المقدمة.

وقد تؤثر الاتصالات الخارجة سلباً على تقييم المستهلكين لجودة الخدمة وذلك إذا ما تضمنت وعوداً واهية مغالى فيها يترتب عليها مستويات مرتفعة من التوقعات لا يتم مقابلتها عند تقديم الخدمة الفعلية.

ولقد أثبتت الدراسات التي أجراها باراسورامان وزملاؤه أنه عبر وسائل الاتصال الخارجي من الممكن أن تؤثر المنظمة علي عملية تقييم المستهلكين للخدمة حيث يجهل المستهلكون عادة ما تقوم به المنظمة فعلاً من عمليات لخدمتهم وما تتكبده من مشاق في سبيل تقديم الخدمة المناسبة. فبإعلام المستهلكين بما تقوم به المنظمة الخدمية من جهد فإن ذلك قد يؤثر على مستوى توقعات المستهلكين وبالتالي الجودة المدركة للخدمة.

ج- السعر :

يلعب السعر دوراً هاماً في تشكيل توقعات المستهلكين ، حيث يعتبر السعر لكثير من المستهلكين مؤشراً لجودة الخدمة.

ويشير بعض الباحثين إلى أنه تزداد أهمية السعر كمؤشر للجودة في حالة الخدمات عن حالة السلع المادية وذلك بسبب غياب الكثير من المؤشرات المادية والتي تستخدم عادة للحكم على جودة السلع.

وقد ينظر بعض المستهلكين إلى السعر المرتفع للخدمة على أنه مؤشر للجودة المرتفعة وبالتالي يبنون توقعاتهم على هذا الأساس. بينما ينظر البعض الآخر إلى السعر المرتفع على أنه لا يوجد ما يبرره.

إن تحديد السعر المناسب يعتبر عنصراً حرجاً خاصة عندما يتوقع المستهلكون وجود اختلافات في جودة الخدمة التي يقدمها المنافسون وكذلك عندما يكون الخطر المرتبط بشراء الخدمة ذات الجودة المنخفضة كبيراً مثل خدمات الرعاية الطبية وخدمات الاستشارات القانونية والمالية.

أما بالنسبة للخدمات التي ينظر إليها المستهلكون على أنها تقدم بنفس مستوى الجودة من المنافسين المختلفين ، فإنهم لا يجدون ما يبرر السعر المرتفع لها وبالتالي فإن هذا السعر لا يؤثر بصورة كبيرة على الجودة المتوقعة للخدمة بل أنه قد يؤثر سلباً على المنظمة الخدمية.

يتضح ما سبق ، وجود العديد من العناصر التي تؤثر على توقعات العملاء مثل : الكلمة المتداولة ، الاتصالات الخارجية ، السعر ، حيث يكون العملاء توقعاتهم المرتبطة بالجوانب المختلفة للخدمة ، وتشكل هذه التوقعات مجتمعة معياراً يتم على أساسه تقييم الجودة المدركة للخدمة من قبل العملاء. وتتمثل هذه الجوانب في أبعاد (محددات) جودة الخدمة.



الباب الثاني

التخطيط الإداري واتخاذ القرارات في مجال الخدمة الصحية

الفصل الثالث

تخطيط الخدمات الصحية

(المفهوم / الأنواع /الخصائص/مهارات القائمين عليه)

الفصل الرابع

التنبؤ بالطلب على الخدمات الصحية

الفصل الخامس

حل المشكلات واتخاذ القرارات في المجال الصحي



الفصل الثالث

التخطيط الصحي

(المفهوم / الأنواع / الخصائص/مهارات القائمين عليه)

بقراءتك لهذا الفصل يمكنك الإلمام بالموضوعات التالية :

- مفهوم التخطيط الصحي وأهميته .
- أنواع ومستويات التخطيط الصحي .
- معوقات التخطيط الصحي .
- خصائص التخطيط الصحي الناجح .
- المبادئ العامة للتخطيط الصحي الشامل.
- القدرات والمهارات التي يجب أن يتحلى بها العاملون في مجال التخطيط الصحي .

مقدمـــة :

تعددت مفاهيم التخطيط ، وتلتقي هذه المفاهيم حول العناصر الرئيسة للتخطيط، مع اختلاف يكاد يكون في الصياغة فقط . ومن أشـــهر التعريفــات ، تعريــف عــالم الإدارة الفرنسى هنرى فايول حيث عرف التخطيط بأنه " التنبؤ بالمستقبل والاســتعداد له ". وبناء على ذلك فإن التخطيط ينبغي أن يتم على مرحلتين هما: التنبؤ بالمستقبل ، والاستعداد له .ولا يقصد بالتنبؤ بالمستقبل مجرد التكهن أو التخمين ، ولكن يقصد بــه وضع تقديرات ، وافتراضات وتصورات دقيقة مبنية على أسس علميــة عمــا يتوقــع حدوثه خلال فترة زمنية محددة فى المستقبل ، فالتنبؤ عمليــة فكريــة ، تعــد أساســا جوهرياً لعملية التخطيط . والتنبؤ السليم هو ذلك التنبؤ المبنى علــى أســس علميــة ، والتنبؤ السليم يسهم فى تحديد وإنجاز الأهداف ، وبالتالي فإن نجاح عمليــة التخطــيط يتوقف على مدى دقة التنبؤات والتقديرات عن المستقبل. ويــتم الاســتعداد للمســتقبل بتحديد الموارد المالية والمادية والبشرية اللازمة لإنجاز الأهداف المقــررة ، وكــذلك تحديد العمليات والإجراءات والبرامج والمشروعات اللازمة لتحقيق تلك الأهــداف ، وينبغي أن تكون الأهداف واقعية بمعنى إمكانية تنفيذها في ضوء الموارد والإمكانيات المتوفرة أو التي يمكن للمنظمة توفيرها خلال فترة الخطة .

وإذا كان التخطيط مهماً في كثير من نشاطات الحياة فهو في المجال الصحي يكــون أكثر أهمية، حيث يساعد التخطيط في المجال الصحي على التشغيل الاقتصادي للمستشفيات والمراكز العلاجية حتى يتم الحصول على أكبر فائدة منه بحيث تؤدي المراكز العلاجيــة والمستشفيات أفضل خدمة صحية لأبناء هذا الوطن. ومن هذا المنطلق، ومن هذا المنطلــق جاء هذا المقرر كمحاولة لربط المفاهيم في مجال العلوم الإدارية لتوضــيح العلاقــة بــين الإستراتيجية والسياسة والتخطيط، فالتخطيط هو الإطار الذي تنفذ مــن خلالــه الوظــائف الإدارية وهو الكفيل بتحقيق الأهداف المستقبلية لأي منشأة، والتخطيط كما يقول الإداريــون هو وظيفة الذكاء، أما رسم السياسات فهي وضع القواعد العامة التي تحكم اتخاذ القــرارات في المنشأة فهي حلقة وصل بين الأهداف واتخاذ القرارات. أما الإستراتيجية فهــي خطــة العمل لتنظيم الجهود لتحقيق الأهداف، ولتوضيح العلاقة بين هذه المفــاهيم فــي المجــال الصحي كان هذا المقرر لتكوين رؤية واضحة عند المخططين والعــاملين فــي المجــال الصحي ليعرفوا كيف يخططون ليحصدوا نتائج جيدة وإيجابية تنعكس في النهايــة علــى مستوى الخدمة الصحية للمواطن التي هي في مقدمة اهتمامات ولاة الأمر حفظهم الله لهــذا الوطن المعطاء.

وللتخطيط الصحي أهمية خاصة لكونه يتعلق بأثمن ما يملك الإنسان (صحته)، كما أن القطاع الصحي مسئول عن تقديم الرعاية الصحية لكافة سكان البلاد في أي مكان وزمان.

ولعل مما زاد من أهمية التخطيط الصحي الحاجة الماسة إلى جهد علمي منظم لمواجهات التحديات الكبيرة التي تواجه القطاع الصحي والممثلة في الارتفاع الكبير في تكاليف هذه الخدمات والزيادة المطردة في حجم الطلب عليها إلا أن المشكلة الأساسية في خططنا الصحية تتمثل في أنها ظلت تعتمد على أهداف صيغت بطريقة تقليدية قديمة، تأتي في قوالب جاهزة عتيقة، وتصاغ الأهداف فيها بطريقة شمولية لتصبح عموميات وأمنيات جميلة يصعب ترجمتها على أرض الواقع وتنتفي معها الأسس العلمية السليمة وذلك في وقت يعتمد فيه التخطيط العلمي على صياغة أهداف محددة قابلة للقياس علمياً ورقمياً، ولا سيما ونحن نعيش عصر العلم ومعطيات العولمة.

حيث لم تعد عمومية أهداف الخطط الصحية أمراً مقبولاً علمياً وموضوعياً، لأنها بذلك تظل مجرد أهداف تكتب على ورق وتبقى على ورق.فالتخطيط يرتبط بالمستقبل والاستعداد العلمي المنظم للاحتمالات المستقبلية وهو بهذا يشمل تحديد الأهداف تحديداً علمياً دقيقاً، وكذلك تحديد وسائل تحقيقها.فالأهداف هي أساس التخطيط الصحي، ولذلك فإن من أهم مبادئ التخطيط الصحي وضوح الأهداف وصياغتها بصورة محددة قابلة للقياس

وحتى يمكننا تغطية موضوع التخطيط وأهميته ومكوناته ومراحله في المنظمات المعاصرة فإننا سنتطرق إلى النقاط التالية :

- **مفهوم التخطيط الصحي وأهميته .**
- **أنواع ومستويات التخطيط الصحي .**
- **معوقات التخطيط الصحي .**
- **خصائص التخطيط الصحي الناجح .**
- **المبادئ العامة للتخطيط الصحي الشامل.**
- **القدرات والمهارات التي يجب أن يتحلى بها العاملون في مجال التخطيط الصحي .**

أولا : مفهوم التخطيط الصحي وأهميته :

تسابق العلماء في تحديد مفهوم للتخطيط ، فهذا هنزي فايول وبيتر دراكر وريتشارد هود جيتس وتيري وغيرهم قدموا تعريفات عديدة له. وأجمعت التعريفات السابقة على شمول المفهوم على ركيزتين ، هما التنبؤ والخطة ، ويمكننا وضع المفهوم السابق في العادلة التالية :

التخطيط = التنبؤ + الخطة

Planning = Prediction + Plan

بمعنى : "إن التخطيط يعني التنبؤ بالأحداث المستقبلية وأخذها في الحسبان عند وضع الخطط المواجهة لهذه الأحداث" ، ومن ثم يمكننا القول أن التخطيط أشمل من التنبؤ ، فالتخطيط غير مرادف للتنبؤ ، بل يشمل التنبؤ بالظروف المستقبلية مع وضع خطة للاستعداد لهذا المستقبل.

كما يمكننا القول أن التخطيط أشمل من وضع الخطط ، فالتخطيط ليس مجرد خطة ، بل يجب أن يسبق وضع هذه الخطة التنبؤ بالبيئة الداخلية والخارجية للمنظمة التي يعمل فيها القائمون به. إن التخطيط يبدأ بالتنبؤ أولاً للأحداث المستقبلية، ثم وضع خطة لمواجهة هذه الأحداث، لذا فالتنبؤ يأتي أولاً وليس من المعقول نضع خطة ثم نتنبأ بالأحداث المستقبلية.

أهمية وفوائد التخطيط

تُعد كلمة التخطيط من الكلمات ذات المعنى الواسع الذي يرتبط بالفكر الحالي والنشاط المستقبلي، فالتخطيط عملية ذهنية تعتمد على قدرة المدير على تصور الشكل المقترح للأنشطة الواجب ممارستها لبلوغ الأهداف الموضوعة ، كما يعتمد التخطيط أيضا على خبرة المدير وممارساته السابقة بما يمكنه في النهاية من التعامل مع الأشياء غير الملموسة ووضع أفكاره الخلاقة في صورة خطط محددة .

وتبدو أهمية التخطيط من خلال قدرته على مساعدة الإدارة في الإجابة عن التساؤلات التالية :

☐ ماذا يجب أن نعمل ؟	**What is to be done ?**
☐ كيف سيتم عمله ؟	**How is to be done ?**
☐ متى سيتم عمله ؟	**When is to be done ?**
☐ أين سيتم عمله ؟	**Where is to be done ?**
☐ من الذي سيقوم بعمله ؟	**Who is to be done ?**

وتبدو ضرورة للتخطيط من خلال استعراضنا للنقاط التالية .

١- يسهم التخطيط في بناء الغايات والأهداف .
٢- مواجهة الطبيعة الديناميكية للأنشطة.
٣- الحفاظ على الجهد والوقت المبذول.
٤- التغلب على حالات عدم التأكد.
٥- التخطيط هو الذي يشكل الأساس الذي تقوم عليه كل الأعمال المستقبلية.
٦- التعرف على الفرص المتاحة والسعي لاقتناصها ، والعمل على تجنب التهديدات أو تقليل أثرها.
٧- التخطيط يسهم في إعمال الفكر الابتكارى لدى المديرين ، ويعمل على التجديد والإبداع الدائم.
٨- محاولة توقع المشكلات المستقبلية التي ينتظر أن تواجه المنظمة والسعي لحلها .
٩- يعمل التخطيط على تقليل النشاط العشوائي والجهود غير الضرورية .
١٠- يساعد التخطيط على تخفيض التكاليف إلى أقل حد ممكن.
١١- تحقيق الوفورات الاقتصادية عند التشغيل.
١٢- تيسير إجراء العمليات الرقابية والمتابعة المستمرة.

وفي ضوء ما سبق يمكننا القول أن وظيفة التخطيط – في أي منظمة مهما كان طبيعة نشاطها تحقق فوائد عديدة يمكن إجمال بعضها فيما يلي :

١. الاستشعار المبكر للمشكلات والمعوقات المستقبلية التي تضعف من قدرة المنظمة علي تحقيق أهدافها
٢. الإنجاز الدقيق والسريع للأهداف .
٣. الإعداد والتجهيز السليم للإمكانيات المادية والبشرية لتحقيق الأهداف المستقبلية.
٤. توفير الأساس السليم والموضوعي لمراقبة النشاط والأداء .

٥. إعطاء الفرصة لملاحقة المتغيرات الجديدة .
٦. تحقيق البقاء والاستمرار في دنيا الأعمال.
٧. منع تحقيق الأهداف الفرعية على حساب الأهداف العامة .
٨. حماية المديرين من القرارات المفاجئة والضغوط الاقتصادية .
٩. منع الازدواجية والتضارب في العمل والأداء .
١٠.تحقيق الاتصال الفعال بين من تربطهم أهداف مشتركة فالأهداف .

يعد التخطيط من أهم عناصر العملية الإدارية التي تشمل إلى جانب التخطيط: التنظيم والتنسيق والرقابة والتوجيه والتوظيف والتدريب وغيرها.
يعرف التخطيط بإيجاز بأنه : مرحلة التفكير والتنبؤ التي تسبق تنفيذ العمل فالتخطيط يرتبط بالمستقبل والاستعداد العلمي المنظم للاحتمالات المستقبلية ، وهو بهذا يشمل تحديد الأهداف ووسائل تحقيقها والتأكد من سير العمل نحو الوصول إلى الأهداف المحددة.

والتخطيط الصحي Health Planning هو العملية التي من خلالها يحاول المسئولون عن التخطيط الصحي نقل نظام وضع قائم إلى وضع أفضل بحيث تصبح أعمال وأنشطة المنشآت أكثر إنتاجية وفعالية وكفاءة ، وينتج عن عملية التخطيط الصحي الخطط أو البرامج التي تسعى المنشآت الصحية لتحقيقها ، وكذلك التحديات المستقبلية وطرق تلافيها حتى لا تؤثر على استمرارية المنشآت الصحية ومستوى الأداء .

وعرفت منظمة الصحة العالمية التخطيط بأنه :– العملية التي تقوم على تحليل البيانات وتحديد الاحتياجات وتقدير الموارد المتاحة واستعمال نتائج هذا التحليل في الأعداد للتغير وفقاً لأهداف مقصودة ومحددة مسبقا.

ويعرف تخطيط المؤسسات الصحية بأنه : العملية التي تبدأ بتحديد احتياجات أفراد المجتمع الصحية واتخاذ القرارات المناسبة بشأنها في ضوء الموارد المتاحة لتحديد البرامج والخدمات الطبية المطلوبة ، وتقويم الخدمات القائمة وتطويرها بجانب توفير القوى العاملة المؤهلة بالأعداد المناسبة لتقديم الخدمة المطلوبة بكفاءة وكفاية عالية.

فالتخطيط هو عملية مستمرة تتمثل في اقتران الفكر بالقرار في اختيار بديل من عدة بدائل لتحقيق الأهداف المطلوبة.

والتخطيط في المؤسسات الصحية هو أداة تستهدف فعالية البرامج والخدمات الصحية المقدمة من المؤسسة لتوفير خدماتها بأعلى جودة وأقل تكلفة.

ولقد عرفت منظمة الصحة العالمية التخطيط بأنه (العملية التي تقوم على تحليل البيانات وتحديد الاحتياجات وتقدير الموارد المتاحة واستعمال نتائج هذا التحليل في الإعداد للتغيير وفقاً لأهداف مقصودة ومحددة بصورة علمية مسبقاً).فالأهداف هي محور التخطيط

الصحي، وبدون صياغة علمية محددة وواضحة للأهداف فإن أساساً مهماً من أسس نجاح التخطيط يعد مفقوداً.

ومن هنا فغياب التخطيط العلمي المدروس في المؤسسات الصحية لبعض دول العالم النامي يعد من أبرز المشاكل التي تواجهها تلك المؤسسات ، حيث يعوق ذلك تطوير خدمات المؤسسات وقدرتها على مواجهة المستقبل بمختلف احتمالاته ويتسبب في تخبط جهود العمل فيها.

وتبدو **أهمية التخطيط الصحي** حيث إنه يمثل المنهج العلمي لسير العمل في ضوء خطوات متتابعة، وخطواته هو النشاط الأساسي الذي تنتهجه الإدارة كمدخل لحل مشاكلها المختلفة ، وحينما يفكر المخطط في وضع خطة إدارية أو إنتاجية أو تسويقية أو ما شابه ذلك ، فإنه يحاول أن يتوقع ويستشرف المستقبل مستعيناً على ذلك باستقرار الماضي البعيد والحاضر وتحليل المتغيرات الحاضرة التي تلعب دوراً رئيسياً وملموسا

والتخطيط يعني التنبؤ بما سيكون عليه المستقبل مع الاستعداد لهذا المستقبل وسوء التخطيط أو غياب التخطيط يجعل الأمور تسير في عشوائية وارتجالية مما يؤدي إلى سوء استغلال الأموال ، وكذلك ضياع الجهود سدى **وقد حصر رواد الإدارة في المجال الصحي فوائد عديدة تعود من تطبيق التخطيط السليم نلخصها فيما يأتي:**

١- **تحديد الأهداف** : لابد من تحديد الهدف أو الأهداف لأنها النهايات أو النتائج المطلوب تحقيقها في المستقبل ، كما أنه من الضروري توضيح هذه الأهداف للأفراد والمرءوسين الذين سوف يعملون ويعاونون على تحقيقها ، ومما لاشك فيه أن الأهداف هي المرشد الذي يهدي المنظمة إلى الطريق المنشود وإلى وضع المعيار السليم لتقويم الأداء الوظيفي بما يؤدي إلى زيادة فعالية وكفاءة المنظمة والعاملين فيها.

٢- **التنبؤ بالمستقبل:** إن ما يخفيه الغيب والمستقبل لا يعلمه إلا الله ، ولكن دراسة العوامل والمتغيرات التكنولوجية والاقتصادية وإعداد خطة منظمة منطقية تساعد على درء الخطر المتوقع وتفادي ما يحتويه المستقبل من مشكلات هو أحد الأهداف الرئيسية للتخطيط الصحي.

ولاشك في أن المنشآت الصحية تعمل في بيئة " ديناميكية " ومتغيرة ونظراً لهذه الحقيقة فإن المنشآت تكون في حاجة إلي خطة صحية فعالة وعلي ضوء الشكوك والتغيرات المستقبلية يصبح التخطيط الصحي ضرورة . وعن طريق استخدام وسائل وطرق علمية في مجال التخطيط (كالتنبؤ) فإن هذا يساعد المنشأة علي إمكانية مواجهة متغيرات المستقبل واكتشاف الفرص ومواجهة مشاكل استغلالها . لذا فإن من مزايا التخطيط الجيد مساعدة المنشأة الصحية في التكيف (Adaptation) والتكامل

(Integration) مع البيئة فالتكيف يعني تطوير بدائل والتكامل يعني الاختيار من بين هذه البدائل .

٣- **الترابط المنطقي للقرارات** :لا شك إن بلورة الأهداف ووضوحها يؤدي إلى الترابط بين القرارات الصادرة من الرئيس إلى المرءوسين وكذلك الترابط بين الأهداف الكلية والأساسية للمنظمة بصفة عامة.

٤- **التنسيق** :يساعد التخطيط الصحي على تنسيق الجهود البشرية بحيث تصب جميع الأهداف الفرعية في الهدف الرئيسي للمنظمة ، وبذلك تتضافر جميع الجهود وتتوحد في سبيل تحقيق الغاية.

كذلك يساعد التخطيط الصحي على تحديد سير الإجراءات البديلة والإجراءات المستقبلية الممكنة، ومن سيقوم بتنفيذ هذه الإجراءات ؟ ومتى ؟ وكيف ؟ إن مهمة القائمين علي التخطيط الصحي تصور حالة الأوضاع المرغوبة في المستقبل، لهذا يهتم التخطيط الصحي بالمستقبل، ونتيجة لذلك تظهر الحاجة إلي تجميع العديد من البيانات والمعلومات المتنوعة (داخلية وخارجية)، ومن خلال عملية تقييم داخلية لقوة النظام القائم ومجاله – إضافة إلي المعلومات المستقاة من تقييم البيئة الخارجية – يمكن إعداد خطط وإجراءات بديلة وفي هذا إشارة إلى أن الخطط يجب أن تكون هي الأساس الذي تقوم عليه عمليات منشأة الرعاية الصحية مثل أنظمة الموازنة ونظام المعلومات الإدارية وعمليات التقييم الدورية .

إضافة إلي ذلك فإن من مزايا التخطيط الصحي أنه يساعد المسئولين عن المنشأة الصحية علي وضع وتحديد وصف وظيفي للعاملين (Job Description) مما يساعد المخططين الصحيين من خلال المراحل المختلفة لإعداد الخطط المرسومة بدءاً من صياغة وإعداد الخطة ، وانتهاء بتنفيذ الخطة وتقييمها . إن وجود وصف وظيفي للعاملين والموظفين يساعد – ليس فقط – علي توضيح مستوي ودرجة المسؤولية والسلطة ونمط الواجبات الوظيفية لكل عمل أو موظف علي حدة ، بل يشمل توضيح مهام وتخصص كل قسم " إكلينيكي" وإداري في المنشأة الصحية .

٥- **الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة**: يساعد التخطيط الصحي على الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة من عناصر الإنتاج (الموارد المالية ، القوى البشرية ، المواد الخام ، الإدارة) بحيث نحصل منها على أكبر منفعة ممكنة بأقل تكلفة ممكنة.

ولاشك فى أن ندرة ومحدودية الموارد المالية والبشرية تجبر إدارة المنشآت الصحية علي استخدام وسائل وطرق تخطيطية حديثة من أجل الاستفادة من تلك المورد المحدودة بشكل كبير؛ فالتخطيط يساعد في حصر وتعيين الإمكانات المدية والبشرية واستغلالها استغلالا يؤدي إلي الوصول للأهداف المنشودة فمثلاً ، التخطيط للاحتياجات المالية يمكن المنشأة من مقابلة الالتزامات والديون ويضمن عدم مواجهة مشاكل مالية في

المستقبل . وعن طريق التخطيط يمكن دراسة ومعرفة إمكانات المنشآت الصحية من حيث :

أ- إنتاج المنشأة الكمي والنوعي .
ب- حجم قوة العمل والعمالة المهنية وغير المهنية .
ج- حجم الإيرادات والتكاليف المتوقعة .
د- حجم الاستثمارات اللازمة لتنفيذ توسعت جديدة .

٦- **الرقابة المحكمة:** يسهل التخطيط الصحي عملية الرقابة الداخلية والخارجية للمنظمة الصحية ويرفع من مستوى أدائها وكفاءتها وذلك لمتابعة تحقيق الأهداف المحددة مسبقاً ، كما يجعل من اليسير قياس النتائج وفقاً لتلك المعايير .

لا يمكن أن يتحقق النجاح للرقابة دونٍ أن تتوافر لها الخطط التي تستخدم بوصفها معايير ومقاييس ، لذا فإن التخطيط يعد أساسا لعملية الرقابة الإدارية؛ بمعنى أن القائمين علي الإدارة الصحية لا يستطيعونِ متابعة إنجازات موظفيهم دون أن يكون لديهم خطة ذات برامج محددة تكون معياراً ومقياسا لتقييم هذه الإنجازات والقضاء علي الانحرافات الخارجة عن المسار من قبل الإدارة العليا.

٧- **تقويم الأداء** : يساعد التخطيط الصحي على تقويم الأداء ويرفع من الكفاءة والفعالية الإدارية ويرشد المدير والقادة إلى القرارات الصائبة ، وذلك لتحقيق الأهداف المنوطة بها.

٨- **تسهيل مهمة القائد:** إن التخطيط الصحي يحدد أساليب العمل وتقسيمه والخطوات والإجراءات المطلوب إتباعها مما يجعل الموظفين يعرفون ما هو المطلوب والمتوقع منهم وطريقة إنجازه.

٩- **الرضا والارتياح النفسي للعاملين:** إن الخطة المحكمة والمدروسة ووضوح الأهداف يجعل الموظفين في المجال الصحي يؤدون ولجباتهم بثقة حيث إنهم يسيرون في خطة واضحة ومدروسة ومبرمجة لذلك يتبعون أفضل الطرق لتحقيقها ، مما يعطيهم شعوراً بالرضا والارتياح النفسي.

١٠- **المساعدة في تحديد الهيكل التنظيمي** : يساعد التخطيط الصحي علي زيادة فاعلية الاتصال الرأسي والأفقي في المنشأة الصحية، وذلك عن طريق تشجيع الإدارة العليا لاستحداث هيكل تنظيمي يتناسب وحجم المنشأة الصحية فعن طريق هيكل تنظيمي واضح وموثق يمكن زيادة فاعلية الاتصال الهرمي من أعلي إلي أسفل والعكس، كم يمكن رفع مستوي التنسيق والاتصال الأفقي بين رؤساء الأقسام المختلفة لذا فإن التخطيط الصحي الجيد يوضح لتجاهات وقنوات الاتصال المتعددة ؛ كما يساعد علي تحديد مسؤوليات وولجبات كل قسم "إكلينيكي" وإداري مما يسهل عملية تقييم ومحاسبة المسئولين عن كل قسم علي حدة.

١١- **المساعدة في توحيد الجهود** : تتكون منشآت الرعاية الصحية من أقسم مختلفة طبية وغير طبية وأيدي عاملة متنوعة، لكل شريحة منها مستوي تعليمي وخلفية مختلفة ،

ووجود مثل هذا التباين والاختلاف يلزمه تنسيق جيد لتوحيد الجهود، ومن هم الأساليب التي يمكن أن تستخدم لتحقيق هذا التنسيق هو التخطيط الصحي؛ فالخطط المدروسة بعناية تستطيع – فعلا – أن توحد الأنشطة بين الإدارات والأقسام . والنتيجة المقصودة من عمليات التخطيط الصحي هي إيجاد تفاهم متبادل ومشترك حول ما ينبغي علي كل من الأعضاء العاملين بالمنشأة (مهنيين وغير مهنيين) القيام به، وربما ينعكس هذا التفاهم في صورة خطط مركبة تحدد النتائج المقصودة وفي صورة اتفاق عم بين أعضاء المنشأة .

ومع هذه المزايا والفوائد المتعددة للتخطيط الصحي إلا أن هناك بعض العيوب الواجب مراعاتها وأخذها في الاعتبار حتي يمكن تجنبها ، وتتلخص بعض عيوب التخطيط الصحي المحتملة فيما يلي :

تؤدي المبالغة في التركيز والتأكيد علي وظيفة التخطيط من جانب المسئولين عن الإدارة الصحية إلي تبديد الكثير من وقتهم في هذه المسالة، لأن المغالاة في التأكيد علي التخطيط قد يؤدي إلي إهمال وتجاهل بعض الأنشطة الأخرى، مثل التنظيم والرقابة والتقييم، والتي تعد علي قدر كبير من الأهمية لضمان نجاح المنشأة .

١- من المعروف أن التخطيط الصحي يعود بالفائدة علي المنشأة ولكنه قد يصبح مصدر ضرر للمنشأة إذا ما تم تنفيذ الخطط الموضوعة بشكل غير صحيح وسليم، وقد يعترض البعض على تطبيق عملية التخطيط بحجة أن وضع الخطط مكلف مقارنة بقيمة مشاركته الفعلية، ويرون أن من مصلحة المنشأة تركيز الجهود وصرف الأموال في مجال الأداء الفعلي للعمل بدلا من التركيز والصرف على العملية التخطيطية.

٢- قد تعيق عملية التخطيط اتخاذ إجراءات فورية وقرارات إدارية في الحال لظروف طارئة ومستجدة، مما يترتب عليه التأخر في عملية التنفيذ والاستجابة السريعة للظروف العارضة .

٣- يرى البعض أن من مساوئ التخطيط اعتماده علي وسائل التنبؤ بظروف المستقبل والتي بدورها تعتمد – في أغلب الأحيان – علي معلومات وبيانات متجمعة غير دقيقة أو مفترضة ، مما يؤدي إلي تأثر الخطط المرسومة بمدى سلامة ودقة المعلومات المعتمد عليها؛ فالأحوال البيئية لا يمكن التحكم فيها والرقابة عليها، إضافة إلي أن التنبؤات لم تصل إلي مستويات الدقة الكاملة الأمر الذي يجعل المنشأة تستند إلي خطة قائمة علي معلومات غير مكتملة وغير صحيحة، وبالتالي تؤدي إلي الفشل في نهاية المطاف.

٤- يعترض البعض علي التخطيط لأنه يؤدي إلي آثار نفسية سلبية علي العاملين بالمنشأة الصحية وذلك لأن التخطيط يعني العمل في ظروف مستقبلة غير مؤكدة وبالتالي يخلق نوعا من عدم الاستقرار والمقومة للتغيرات المستقبلة.

٥- يرى البعض أن من مساوئ التخطيط أنه يؤدي إلي تجاهل وتقييد حرية الأفراد والمبادأة الفردية؛ لأنه لا يشجع علي الإبداع والابتكار ويحصر الأداء الفردي في نطاق الخطة المرسومة.

استعرضنا في الصفحات السابقة بعضاً من مزايا وعيوب التخطيط الصحي واستناداً لمقارنة سريعة بينها ، يمكن القول – إجمالاً – إنه علي الرغم من تلك العيوب ، فإنها لا تؤثر علي أهمية التخطيط ومدي فاعليته في المنشآت الصحية.

وعلي الجانب الآخر للتخطيط الصحي، هناك معوقات وعوامل محددة لفاعلية التخطيط الصحي ، ويجب التنويه إلي أن هناك فرقا بين معوقات التخطيط الصحي والعوامل المحددة للتخطيط الصحي؛ فمعوقات التخطيط الصحي تؤثر علي العملية التخطيطية تأثيراً سلبياً، أما العوامل المحددة للتخطيط الصحي فإنها تؤثر سلباً أو إيجاباً علي العملية التخطيطية.

ثانيا : أنواع ومستويات التخطيط الصحي :

يقوم التخطيط على ركيزتين جوهريتين هما :التنبؤ Prediction والخطة Plan.

التنبـــؤ Prediction :

هناك فارق كبير بين التنبؤ والتوقع ، فالأخير يعني أنه نوع من التقدير المستقبلي يعتمد على الموهبة والخبرة ، وهذا ما لا نقصده. إنما التنبؤ يعتمد على أساس علمي (أسلوب إحصائي تحليل لبيانات الماضي والحاضر لتفسير ما يستجد من بيانات مستقبلية) يمكننا من تقدير الأحداث المستقبلية والتعرف عليها مقدماً .

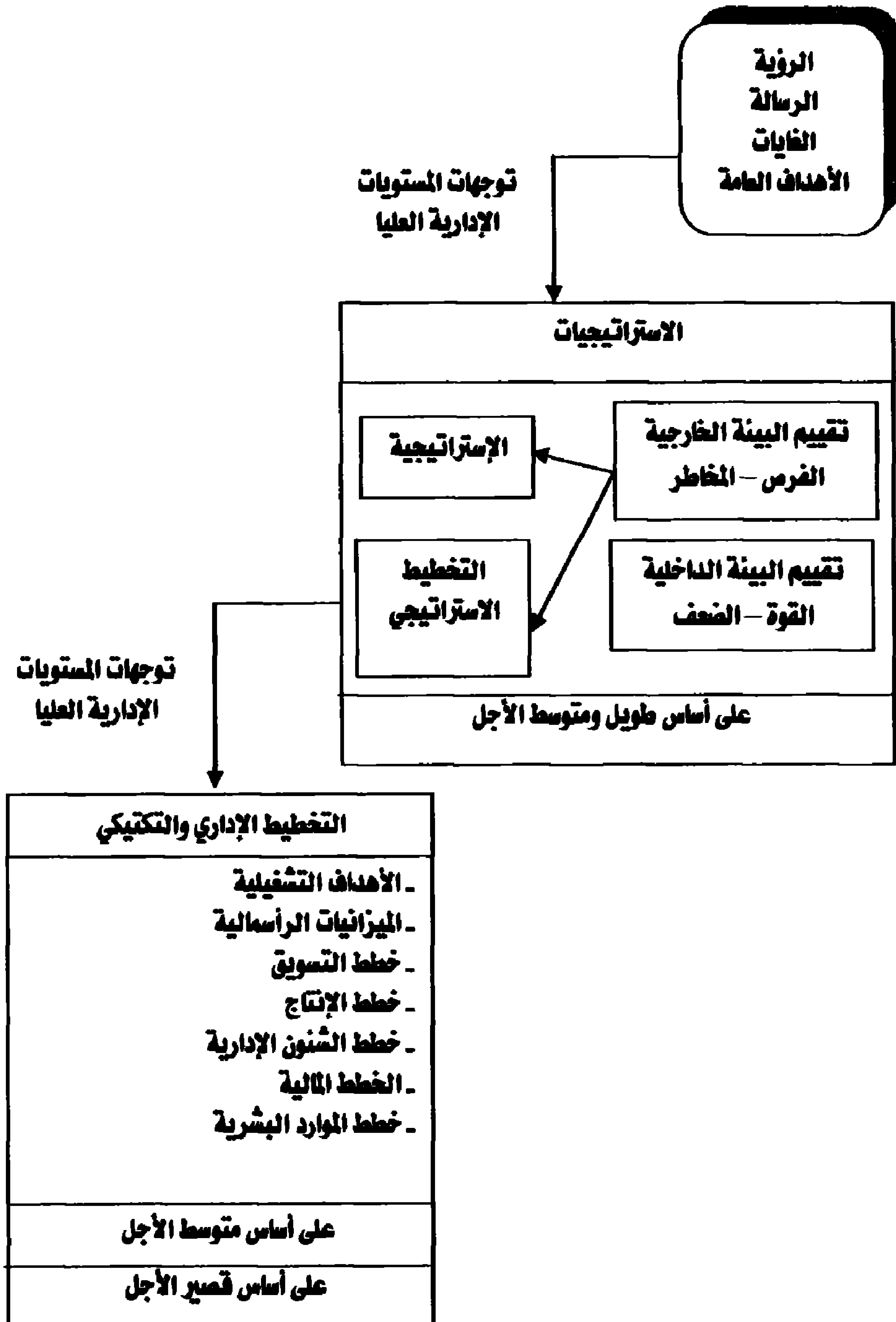
الخطــــة Plan :

لكي يتم وضع خطة فعالة ، يجب المرور على الخطوات التالية :

١- تحديد الأهداف والسياسات.
٢- تحليل الظروف البيئية المحيطة بالمنظمة للوقوف على ما بها من فرص وقيود .
٣- تحليل الإمكانيات الداخلية المتاحة والتعرف على ما بها من قوة وضعف.
٤- تحديد الاستراتيجية المناسبة لتحقيق الأهداف المحددة في ضوء الفرص والقيود ونقاط القوة والضعف.
٥- تحديد الأنشطة الفرعية (التكتيكية) التي يمكن أن تتحقق بها الإستراتيجية الرئيسية.
٦- ترجمة ما سبق في موازنات مالية تحدد التكلفة والعائد لكل نشاط.
٧- تحديد جدولة زمنية لكل نشاط.
٨- وضع الهيكل التنظيمي والقوي البشرية التي يتطلبها تنفيذ الخطة.
٩- تسجيل العمليات السابقة وبلورتها في الخطة النهائية ومراجعتها.
١٠- متابعة تنفيذ الخطة بعد ذلك للتأكد من مدى مطابقة التنفيذ الفعلي لما هو مخطط وتحديد الانحرافات ودراسة أسبابها واقتراح سبل العلاج المناسبة.

وفي ضوء ما سبق نجد أن التخطيط يأخذ المراحل والأقسام التي يوضحها الشكل رقم (٣/١) ، وذلك علي النحو التالي :

١- التخطيط الاستراتيجي : وتقوم به المستويات الإدارية العليا على أساس فلسفة معينة ويعتبر من اختصاص الإدارة العليا وأجهزتها المعاونة.
٢- التخطيط الإداري والتشغيلي : وتقوم به المستويات الإدارية الوسطي لتحديد وسائل تنفيذ التخطيط الاستراتيجي ، ويعتبر من اختصاص الإدارة الوسطي وأقسامها المختلفة.
٣- التخطيط التكتيكي : وتقوم به المستويات الإدارية الدنيا لوضع التفصيلات للتخطيط في المرحلة السابقة موضع التنفيذ. ويعتبر من اختصاص رؤساء الأقسام والمشرفين وغيرهم .



الشكل رقم (٣/١)

التخطيط من حيث أهميته ومستواه الإداري على مستوى المنظمة

من خلال الشكل رقم (١/٣) نجد أن هناك عدة مصطلحات مصاحبة لعميلة التخطيط بالمنظمات مثل الرؤية والرسالة والغايات والأهداف والاستراتيجيات والبرامج والإجراءات... إلخ. وبالرغم من اختلاف الكتاب حول تفسير بعضاً منها وتحديد علاقته بالمفاهيم الأخرى ، فإنه يمكن توضيحها ببساطة، فهناك رؤية ورسالة تسعى إليها المنظمة وتحدد لها إستراتيجية معينة أو موقف تريد أن تكون عليه خلال فترة معينة ، مثلاً أن تكون في عداد المنظمات المتقدمة خلال عشرة سنوات. وتحدد الأهداف طويلة وقصيرة الأجل التي تسعى المنظمة إلى تحقيقها على ضوء الرسالة من وجودها والاستراتيجية الموضوعة.

وفيما يلي توضيح لأهم هذه المصطلحات :

أ ـ رؤية ورسالة المنظمة وغاياتها وأهدافها :

١ – الرؤية Vision: تعبر الرؤية عن التصور الذي ترغب المنظمة أن تكون عليه مستقبلاً. وتقدم من خلال عملية المشاركة. وتصاغ الرؤية بشكل عام وهي تجمع بين الحقيقة والخيال ، الواقع والحلم وتوضح ما يمكن أن تصبح عليه المنظمة. تقدم صورة واقعية وجادة لما يمكن تحقيقه مستقبلاً.

٢– **الرسالة Mission** : وتشير إلى ما وجدت المنظمة من أجل القيام به وهي تتميز بالعمومية وتسهم في الإجابة على تساؤل جوهري هو لماذا وجدت الدولة ؟ أو لماذا وجدت المنظمة ؟. فالدولة رسالتها سامية تبني على ضوء تاريخها وحضارتها والعوامل والمتغيرات المؤثرة على مستقبلها البعيد ، وتتمثل في تقديم الرعاية والحماية لمواطنيها والحفاظ عليهم وتحري العدالة والمساواة في معاملتهم وخدمتهم وتقديم التسهيلات والتيسيرات أمامهم لأداء نشاطهم وممارسة مهام حياتهم على أفضل وجه.

٣– **الغايات Goals** : وتمثل النتائج النهائية المنشود تحقيقها على المدى البعيد وهي ترتبط جذرياً بالاستراتيجيات والخطط طويلة الأجل ، ومن ثم فهي ترسم للأنشطة الصحية الخطوط العريضة التي يجب أن تلتزم بها فالخطط الخمسية والعشرية لها غايات وأغراض عامة تنقسم بعد ذلك إلى أهداف محددة على مستوى متوسط وقصير الأجل.

٤– **الأهداف Objectives** : تمثل الأهداف النهايات التي يجب الوصول إليها لتحقيق غايات المنظمة. ولذلك فالأهداف عبارة عن تحديد دقيق وتفصيلي للرسالة التي تسعى إليها المنظمة. فإذا كانت رسالة التنظيم تقديم خدمات ورعاية المواطنين بشكل يتميز عما تمارسه المنظمات المماثلة. فقد تحدد الأهداف على أساس ، مضاعفة متوسط نصيب الفرد من الدخل القومي مثلاً.

ويتضح مما سبق أن أهداف الخطة تتمثل في النتائج التي تسعى المنظمة للوصول إليها من خلال البرامج والمشروعات التي تتضمنها الخطة السنوية. ويتم تحديد غايات وأهداف المنظمات الصحية في ضوء فلسفة ورسالة النظام. تترجم هذه الغايات والأهداف في شكل خطط خمسية أو عشرية حسب مدة الخطة.

وتتنوع الأهداف، فمنها ما هو طويل الأمد (أكثر من ٥ سنوات) ومتوسطة الأجل (أقل من ٥ سنوات حتى سنة) وقصيرة الأجل (أقل من سنة). وإذا قمنا بتقسيم الأهداف حسب المستوى الإداري فنقول أمامنا ثلاثة أنواع من الأهداف :

- أهداف أساسية أو إستراتيجية وهي عادة تتعلق بمستوى الإدارة العليا.
- أهداف فرعية أو تكتيكية أو تشغيلية بمستوى الإدارة الوسطى.
- أهداف مباشرة أو تنفيذية تتعلق بمستوى الإدارة التنفيذية.

دور الأهداف في العملية التخطيطية

١. تعتبر من أهم عناصر التخطيط .
٢. تعد مرشداً لاتخاذ القرارات .
٣. تساعد الأهداف في المستويات العليا على وضع الأهداف في المستويات التالية .
٤. يساهم وضع الأهداف في تحديد مراكز المسئولية .
٥. تسهم الأهداف في تفويض السلطة .
٦. تسهم الأهداف في بيان نوعية العلاقات السائدة بالمنظمة .
٧. تسهم الأهداف في وضع المعايير والمقاييس التي تستخدم في الرقابة .
٨. تساعد الأهداف في تقييم أداء الأفراد .

إن مهمة تحديد الأهداف ليست بالمهمة السهلة الميسرة ، بل يجب أن تتوافر فيها مجموعة شروط منها ما يلي :

١. الواقعية وعدم الخيال : بمعنى أن تكون الأهداف قابلة للتنفيذ ممكن الوصول إليها بواسطة قدرات المنفذين .
٢. القابلية للقياس : بمعنى أن يكون الهدف قابل للقياس بأي وحدة من الوحدات حتى يمكن معرفة ما تم إنجازه منه على وجه التحديد ، وليس مجرد كلمات عامة غير ملموسة.
٣. المرونة : بمعنى ألا تكون الأهداف متعارضة فيما بينها ، وبحيث يمكن أن تنصهر في هدف عام.
٤. الأولوية : بمعنى أن يكون هناك ترتيباً معيناً للأهداف حسب أهميتها وحسب توالي إنجازها.

٥. التكامل : بمعنى أن يكون هناك هدفاً واحداً توجه كل الأهداف الفرعية لتحقيقه، وتتكامل الأهداف الفرعية مع الهدف الرئيس للوصول إلي ما تصبو المنظمة إلى تحقيقه .

٦. الوضوح : بمعنى أن يكون تحديد الأهداف واضحة دون الشمول على كلمات مطاطة تعني أكثر من معنى ، وأن تكون مفهومة لدى المنفذين والجهات الأخرى.

٧. التنسيق : بمعنى أن تكون الأهداف متناسقة فيهما بينها ، بحيث تتضمن الأهداف الشخصية للأفراد بما يحثهم على تحقيقها بالرضا الجماعي.

٨. الأخلاقية : بمعنى أن تكون الأهداف المحددة تتفق مع القيم الأخلاقية السائدة والعرف السائد في المجتمع.

٩. شروط القومية : بمعنى أن تكون الأهداف المحددة من قبل المنظمات تساهم في تحقيق أهداف المجتمع وإلا تتعارض مع الأهداف القومية.

ب- السياسات :

السياسة عبارة عن مبادئ وإرشادات وتوجيهات عامة لاتخاذ القرارات وتتباين السياسات من حيث تدرجها ، فهناك سياسات عامة للدولة وسياسات للوزارة وسياسات للمديرية أو المصلحة... إلخ ، وتتنوع السياسات ، فمنها السياسات المالية للحصول على الأموال واستخدامها ، وسياسات الموارد البشرية وتتعلق بإحداث التوازن بين الطلب والعرض على الموارد البشرية، وتشغيلها ومكافآتها وسياسات تدريبها ، وما إلى ذلك.

إن التخطيط لا يشتمل فقط على تحديد الأهداف بل على وضع أسلوب تحقيقها ، ويقصد بأسلوب تحقيق الأهداف بالسياسة ، فالسياسة هي المبادئ والنظم والتوجهات التي تحكم تصرفات الأفراد عند التنفيذ ، فهي قواعد عامة مرشدة للتنفيذ ، ويضعها المديرين لتوجيه وضبط الفكر والعمل التنظيمي في المستويات الإدارية الأقل ، ولهذا فالسياسات هي وسيلة عليا أو سياسة فرعية منبثقة منها ، وأن عملية وضع السياسات يجب أن تكون على درجة كبيرة من الاهتمام لضمان تحقيق الأهداف ، ولذلك فهذه العملية يجب أن يراعي فيها مجموعة شروط منها ما يلي :

١. الوضوح : بمعنى أن تكون السياسة واضحة محددة الألفاظ والمفاهيم ومكتوبة حتى يمكن الرجوع إليها.

٢. تحقيق الأهداف : بمعنى أن السياسة وضعت أصلاً لتحقيق الأهداف ، ولذلك فكل القواعد التي تشملها السياسة لابد أن تكون غايتها تحقيق الأهداف الموضوعة.

٣. المرونة: بمعنى أن تتجاوب السياسات مع التغيرات البيئة وألا تحتاج لتغيير جوهري في مضمونها.

٤. الواقعية : بمعنى أن تكون ممكنة التطبيق وليس ضرباً من الخيال.
٥. التنسيق : بمعنى أن يكون هناك تنسيقٍ بين جزئيات السياسة الواحدة ، وبين السياسة وسائر السياسات الأخرى منعاً للتضارب والازدواجية.
٦. شرط الشمولية : بمعنى أن السياسة العامة يجب أن تكون شاملة لكل أجزاء المنظمة والتأثيرات الداخلية والخارجية وكافة التغيرات والاحتمالات.
٧. الأخلاقية : بمعنى ألا تتعارض السياسة الموضوعة مع قيمة أخلاقية أو عرف سائد أو تعاليم الشريعة الإسلامية أو الأخلاق الخاصة بالدول ، فيجب أن تنتهج وسائل مشروع في تحقيق الأهداف.
٨. الاتساق : بمعني أن يكون التنسيق أيضاً ليس رأسياً فقط بل بين السياسات الموضوعة على خط أفقي واحد .

ج. الإجراءات :

الإجراءات هي الخطوات التفصيلية للأداء والتي يجب الالتزام بها عند التنفيذ وهي توضع على ضوء السياسات ، ففي مجال الجوازات قد تكون السياسة سرعة استخراج جوازات السفر الجديدة وذلك في حدود يومين من تاريخ تقديم الطلب ، وتوضع الإجراءات اللازمة لتنفيذ هذه السياسة مثل استلام الطلب والمستندات المرفقة ، التأكد من اكتمالها وعدم نقص مستند ، تسجيل الطلب ، إعطاء رقم للطالب وتحديد تاريخ التسليم... إلخ ، إلى أن يتم استخراج جواز السفر في خلال المدة المحددة.
نظراً لأن السياسة ما هي إلا قواعد عامة وضعت من مستوى فكري أعلى إلى مستوى فكر المنفذين ، لذا وجب توضيحها في صورة خطوات تفصيلية "إجراءات" حتى يمكن فهمها من قبل المستويات الأقل ، وبالتالي تطبيقها لتنفيذ الأعمال ، ولهذا فالسياسة مجموعة إجراءات مرشدة للتنفيذ.

ولكي تكون الإجراءات فعالة ومحققة للأهداف المقصودة منها يشترط فيها مجموعة الشروط ومنها:

١. الوضوح والفهم :بمعنى أن تكون الإجراءات واضحة ومفهومة من قبل أن ينفذها ولا تشتمل على كلمات مطاطة تعني أكثر من معنى.
٢. المرونة والثبات: بمعنى ألا تكون الإجراءات جامدة بل يجب أن تشوبها المرونة والتكيف مع المتغيرات المحيطة ، ولكن يجب ألا يكون هذا الشرط سبباً في عدم ثباتها ويجب تحقيق التوازن بين المرونة والثبات.

٣. التصميم الفعال:بمعنى أن تصميم الإجراءات بالطريقة التي تحقق الأهداف والسياسات التي وضعت من أجلها ، وأن يكون التركيز على هذا التحقيق والابتعاد عن أية إجراءات مطولة (الروتين) ليس لها علاقة بهذا الهدف.
٤. الاختصار : بمعنى أن يكون هناك تبسيط للإجراءات واختصار في مراحلها لتحقيق سرعة الإنجاز ، وعدم الإطالة والدخول في دوامة الروتين توفيراً للوقت والجهد والتكلفة.
٥. التنسيق والاتساق : بمعنى أن تصميم الإجراءات بالطريقة التي لا يحدث تعارض بينها يحدث تنسيق بين كل الإجراءات في كل المستويات وفي المستوى الواحد.

د- البرامج :

يغطي البرنامج مجموعة من الأنشطة. ويحدد البرنامج ثلاثة أبعاد وهي :
١) الخطوات الرئيسية لتحقيق الأهداف.
٢) الجهات المسئولة عن كل خطوة.
٣) التوقيت الزمني لأداء كل خطوة واكتمال الخطوات.

والبرامج قد تكون ضخمة وتشمل أنشطة هائلة ، وقد تكون بسيطة تتعلق بمجموعة من الأنشطة المحدودة. ومن أمثلة ذلك برامج تنمية القادة الإداريين في وزارة الصحة وهي برامج تدريبية تشمل العاملين في مستويات الإدارة العليا ، ونظراً لأنها تغطي مجالات متعددة وتحتاج لوقت طويل لتنفيذها فهي برامج ضخمة. وقد يكون البرنامج محدود نسبياً مثل برنامج استكمال الإصلاحات اللازمة بالمستشفيات بإحدى المحافظات.

وقد يشتمل البرنامج على عدة مشروعات. وعلى هذا الأساس يمكن النظر إلى المشروع على أنه جزء محدد من خطة أو برنامج، ويتعلق بعمل معين أو مجموعة محدودة من أوجه محدودة من النشاط.

هـ- القواعد :

القاعدة عبارة عن عمل محدد يتخذ أولاً في موقف معين ، وبالتالي فالقاعدة لا تمثل إرشاد أو توجيه في عملية التفكير لاتخاذ القرارات ، بل تحل محل هذا التفكير. فحينما يحدث موقف معين فالقاعدة تحدد العمل الواجب إتباعه أو التصرف الواجب اتخاذه. وحرية الفرد تتمثل في تطبيق أو عدم تطبيق القاعدة حسب الموقف ، أي التأكد من أن الموقف حدث بالفعل لتطبيق القاعدة ، مع مراعاة المرونة في تطبيق القواعد بطبيعة الحال ، فمثلاً إذا تحددت مواعيد انصراف الموظفين الساعة الثانية

بعض الظهر في إحدى المصالح الصحية فقد يسمح رئيس المصلحة بانصرافهم قبل ذلك إذا حدثت ظروف معينة استثنائية.

و- الميزانيات التقديرية :

الميزانيات التقديرية عبارة عن قوائم مالية تحدد الموارد اللازمة للقيام بالأنشطة اللازمة ، والميزانيات التقديرية عبارة عن عملية تخطيطية ورقابية فمن ناحية يتم تحديد الموارد المالية وتخصيصها على ضوء الأهداف الموضوعة ، ومن ناحية أخرى تستخدم كوسيلة لمراقبة الإنفاق (أو الإيرادات والمصروفات).

إن إعداد الموازنات وتحديدها يعد من أهم عناصر عملية التخطيط فعلي أساسها يتم تحقيق الجانب الكبير من الأهداف.والموازنة تشير إلي تحديد الاحتياجات اللازمة لتحقيق الهدف .(من موارد بشرية ومادية ....)

هناك علاقة وثيقة بين إعداد الموازنات والتنبؤ ، فأن عملية إعداد الموازنات كما أنها تتطلب دراسة الواقع الحالي من فرص وقيود ونقاط قوة وضعف فلا بد من دراسة مثل هذه الأمور المتوقعة في المستقبل وهذه هي عملية التنبؤ ، حتى تكون قد أخذت بأسباب النجاح للعملية التخطيطية وهذا أمر هام جدا .

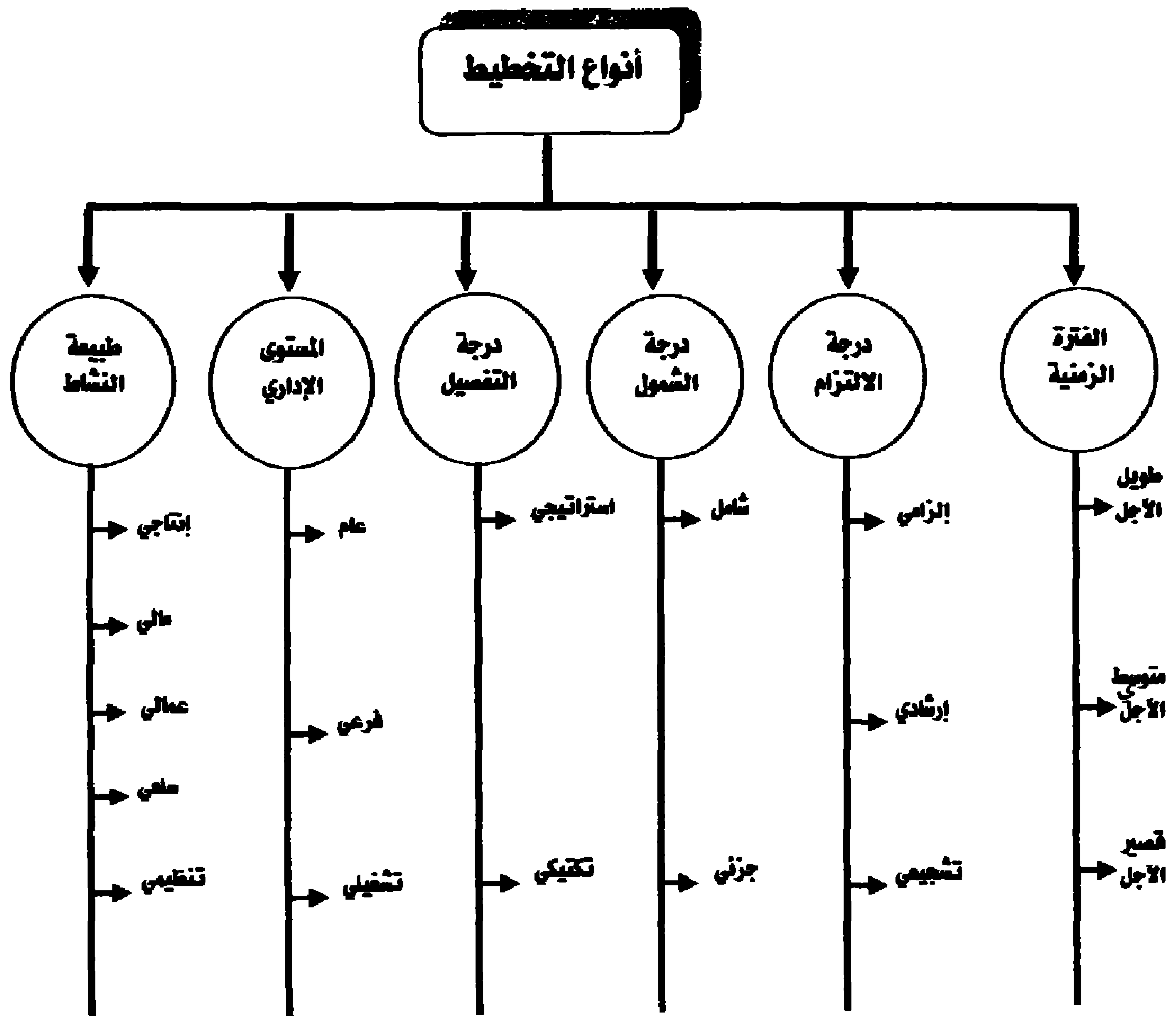
وتتنوع الموازنات بحسب موضوع الموازنة فلا بد للخطة من تحديد احتياجاتهم ثم تعد موازنة لكل مورد علي حدة فهناك :

- موازنة الموارد البشرية : وتعني معرفة الأفراد المطلوبين لتحقيق الخطة من حيث أعدادهم ، مهارتهم ، إمكانياتهم ،........ وهكذا .
- موازنة القوة المادية :وتعني معرفة الأدوات والأموال اللازمة والمطلوبة لتنفيذ ولتحقيق الخطة والأهداف .وهكذا سائر الاحتياجات .

خطوات وضع الموازنة :

١. تحديد نوع الموازنة المطلوبة .
٢. دراسة وتحليل الإمكانات الحالية من هذا النوع من فرص ، وقيود ونقاط قوة ، ونقاط ضعف .
٣. التنبؤ بحالة هذه الإمكانات في المستقبل .
٤. تحديد إجمالي الإمكانات المتاحة الحالية والمستقبلة .
٥. تحديد المطلوب وفقا لاحتياجات للخطة ، هل يكفي المتاح ؟ أم مطلوب زيادة أو تعديل .

ويمكن تصنيف التخطيط لعدة أنواع حسب أبعاد معينة ، كما تظهـر فـي هـذا الشكل رقم (٣/٢) :



الشكل رقم (٣/٢)
تصنيف التخطيط حسب الأبعاد المختلفة

• أنواع التخطيط حسب الفترة الزمنية

صنف التخطيط طبقاً للفترة الزمنية التي تغطيها الخطة إلى ثلاثة أنواع هي :

أ- تخطيط طول الأجل Long – Term Planning ومدته أكثر من ٥ سنوات.

ب- تخطيط متوسط الأجل Middle– Term Planning ومدته من سنة حتى ٥ سنوات.

ج – تخطيط قصير الأجل Short – Term Planning ومدته سنة فأقل.

• أنواع التخطيط حسب درجة الإلزام

أ- تخطيط إلزامي Obligatory Planning :وهذا النوع من الخطط ملزم ، حيث ملكية وسائل الإنتاج للدولة التي تضع الخطط وعلى الشركات الالتزام بتنفيذها.

ب- تخطيط إرشادي Directing Planning : وهذا النوع من الخطط غير ملزم ويوجد غالباً في الدول ذات النظام الرأسمالي .

ج- تخطيط تشجيعي Motivating Planning : وهذا النوع من الخطط درجة الإلزام منه تتوسط الدرجتين السابقتين ، ويوجد غالباً في الدول النامية.

• أنواع التخطيط حسب درجة الشمول :

أ- التخطيط الشامل Comprehensive Planning : وهو الذي يكون على مستوى الدولة ككل شاملاً كل القطاعات والأقاليم أو المحافظات ، أو يكون لكل المنظمات الصناعية فيشتمل على أنشطة الإنتاج والتسويق والتمويل .. إلخ.

ب- التخطيط الجزئي Partial Planning :وهو الذي يكون على مستوى المحافظة أو الإقليم داخل الدولة ، أو يكون مقتصر على نشاط معين دون غيره مثل خطط الإنتاج ، فهي خطة جزئية لا تشتمل على كل النواحي الأخرى من التسويق والبيع والتمويل ... الخ.

• أنواع التخطيط حسب درجة التفصيل

أ- تخطيط استراتيجي Strategic Planning :وهو التخطيط الذي يتم على أعلى المستويات الإدارية ويهتم بالمهام الرئيسية والعامة والأهداف الأساسية والأنشطة الأساسية.

ب- تخطيط تكتيكي Tactic Planning : وهو التخطيط الذي يتم في مستويات إدارية أقل نسبياً ويتم بصورة منتظمة ، ويهتم بالمهام الفرعية وتكون درجة التفصيل فيه أكبر نسبياً.

وسوف نعقد مقارنة بين النوعين السابقين في الجدول رقم (٣-١) ، حيث يختلط الكثيرون بينهما وبين التخطيط الاستراتيجي والطويل الأجل.

الجدول رقم (٣-١)
مقارنة بين التخطيط الاستراتيجي والتخطيط التكتيكي

م	النوع / البيان	استراتيجي	تكتيكي
١	نقاط التركيز	المهام والأهداف والأنشطة الرئيسة	المهام والأهداف والأنشطة الفرعية
٢	درجة التفصيل	أقل نسبياً	أكبر نسبياً
٣	مستوى التحقيق	أعلى المستويات الإدارية	مستويات إدارية أقل
٤	مدة التخطيط	طويلة	أقل
٥	نوعية البيانات والمعلومات المطلوبة	- عامة - كثيرة - خارجية (البيئة الخارجية) - أقل دقة	- تفصيلية - أقل نسبياً - داخلية (البيئة الداخلية) - أكثر دقة
٦	المنافسة	يأخذ خطط المنافسين في الحسبان بصفة أساسية	لا يأخذ خطط المنافسين بصفة أساسية.
٧	النظرة الشخصية للإدارة	تلعب دوراً كبيراً في هذا النوع	دور أقل نسبياً
٨	درجة الانتظام	غير منتظم لأنه يعتمد على الابتكارات والفرص غير المنتظمة.	منتظم وفي تواريخ محددة.

- **أنواع التخطيط حسب المستوى الإداري**

أ- تخطيط عام General Planning :وهو التخطيط الذي يتم في مستوى الإدارة العليا ويتناول الأهداف والمهام والاستراتيجيات العامة للمشروع ككل .

ب- تخطيط فرعي Sub – Planning :وهو التخطيط الذي يتم في مستوى الإدارة الوسطى وهو تخطيط تفصيلي بالنسبة للنوع الأول ويشتمل على مدى زمنية أقل نسبياً.

ج- تخطيط تشغيلي (تنفيذي) Operational Planning : وهو التخطيط الذي يتم في مستوى الإدارة الدنيا أو المباشرة ويتناول أهداف ومهام الوحدات أو العمليات الفرعية .

- **أنواع التخطيط حسب طبيعة النشاط**

١. التخطيط الإنتاجي Productive Planning
٢. التخطيط العمالي Labor Planning
٣. التخطيط التنظيمي Organizational Planning
٤. التخطيط المالي Financial Planning
٥. التخطيط السلعي Commodity Planning

ثالثا : معوقات التخطيط الصحي :

يعترض التخطيط الصحي معوقات كثيرة منها:

١- العجز عن تحديد أهداف واضحة وقابلة للقياس من قبل الإداريين الصحيين:

- عدم الرغبة في تحمل مخاطر ألفشل في تحقيق ألأهداف
- ضعف الثقة بالنفس
- نقص الخبرة ألفنية والعملية
- نقص المعلومات الضرورية
- تعدد وتنوع أنشطة الرعاية الصحية ومنشاتها مثلا، هل الهدف تقديم رعاية صحية للأمراض الحادة أم المزمنة؟

٢- صعوبة التوفيق بين متطلبات الخطة من حيث:

- السرعة والدقة في جمع المعلومات من جهة وخفض التكاليف من جهة أخرى.

٣- مقاومة التغيير الذي ينطوي علية التخطيط من حيث:

- نقص المعرفة والمعلومات.
- قلة الثقة بالنفس.
- صعوبة التأقلم مع الخطط الجديدة نتيجة لصعوبة تغيير النماذج السلوكية الحالية التي تأصلت بمرور الوقت على الخطط الحالية وتأخذ قوة العادة.
- دوافع فطرية متأصلة.

٤- الخصائص والأنماط الإدارية السائدة في مؤسسات الرعاية الصحية مثل:

- نقص الالتزام لدى الإدارة العليا بتحديث الخطط.
- نقص المشاركة الفعالة من كافة المستويات الإدارية/ الأنماط الأوتوقراطية.
- نقص السلطات والصلاحيات الإدارية / نقص التفويض.
- نقص التنسيق والتكامل بين الأقسام المختلفة.

٤- معوقات البيئة الخارجية: والتي تتمثل في اللوائح والقوانين وغيرها من العوامل التي لا يمكن التحكم فيها ، ومن بين تلك العوامل :

١. طول المدى الزمني للخطة التي حددتها الدولة مما يقلل من دقتها في عمليات التقدير والتنبؤ بالأحوال وفقا لظروف المستقبل البعيد.
٢. الاختراعات وسرعة التقدم العلمي التي لا يمكن أخذها بالاعتبار بدقة عند وضع الخطة.
٣. صعوبة التنبؤ بالعوامل السياسية والحوادث الطبيعية والآفات والأوبئة وما إلى ذلك من المعوقات.
٤. عدم إتاحة البيانات والمعلومات من الأجهزة والمراكز الخاصة بتوفير البيانات السكانية والصحية عن الأفراد بالمجتمع مما يصعب من إتمام عمليات التخطيط الصحي .

رابعا : المتطلبات الأساسية للتخطيط الفعال

يتطلب التخطيط الصحي الفعال عدة عناصر يجب توافرها حتى يكون قادرا على تحقيق التوقعات المختلفة، ومن أهم تلك المتطلبات :

١. وجود أهداف تدور حولها كل الأعمال بحيث تتميز بالخصائص التالية:
   - أن تكون الأهداف محددة Specific
   - القابلية للقياس Measurable
   - الاتفاق عليها Agreed upon
   - أن تكون واقعية Realistic
   - الإطار الزمني المحدد Time Bounded
٢. الوضوح والفهم والبساطة حتى يمكن استيعابها . من قبل المنفذين والسير على هداها دون تعقد .
٣. التسلسل المنطقي والترتيب الموضوعي لأنشطة ومهام التخطيط بمراعاة الأولويات ودرجة الأهمية .
٤. تحديد الواجبات والمسئوليات المنوطة بالوحدات والأفراد داخل التنظيم بحيث يتم بيان الجهات المسئولة عند تنفيذها جزيئات الخطط
٥. القابلية للتطبيق ، يجب أن تكون الخطة واقعية وقابلة للتطبيق بحيث تلائم الظروف المحيطة والعوامل المؤثرة وتستبعد الدرجات العالية من التفاؤل أو التشاؤم .
٦. الدقة والتحديد الواضح للبيانات والمعلومات ومدلولاتها خاصة تلك التي يعتمد عليها في التنبؤ بحيث تكون البيانات صحيحة وكافية وتتسم بالحداثة والشمول مع مراعاة إمكانية تعتبر العوامل المؤثرة المستقبلية،
٧. المرونة ، يجب أن تتسم عملية التخطيط بالقابلية للتعديل والتطوير وفق ظروف التطبيق في حدود معينة ، فالمرونة لا تعنى التغير أو التعديل الكامل وإنما تدل المرونة على إمكانية تعديل بعض العناصر أو الأنشطة والأعمال في ظل إطار محدد .
٨. المشاركة في التخطيط ، يفضل أن يشارك المرؤوسين في وضع الخطة من خلال التعرف على آرائهم ومقترحاتهم . بغية تحقيق التكامل بين أجهزة التخطيط وأجهزة التنفيذ وضمان تفاعل وانتماء المرؤوسين لتلك الخطة .
٩. توقع المشكلات والعقبات والأمور الأساسية التى تمثل مخاطر أو أزمات ممكنة التحقق مستقبلاً والاستعداد لمواجهتها وعلاجها أو التعامل معها .

١٠.ضرورة توفير التغذية المرتدة بالمعلومات عن سير الخطة والتعـرف علـى ردود الفعل الممكنة من جميع الأطراف بداخل المنظمة أو خارجها.

١١.الإعلان عن الخطة للمعنيين والمهنيين بها من مشرفين وتنفيذيين في الوقـت المناسب وبالأسلوب الذي يسمح بتقديمها تفصيلاً لإمكانية تنفيذها على النحـو المناسب.

١٢.التوقيت الدقيق ، يجب وضع التوقيت الزمني المحكم للأنشطة المختلفة للخطة ولكل جزئية من جزيئاتها .

ومن أهم المبادئ العامة للتخطيط الصحي الشامل:

١. **العلمية** : أي تطبيق التخطيط الصحي على أساس علمي يبنى على الفهم الكامـل للقوانين الموضوعية .
٢. **الإيجابية** : يسعى إلى تحقيق وإحداث تغييرات جذرية.
٣. **الالتزام**: طالما وضعت خطة صحية فإنها تصبح ملزمة للجميع ، ويعاقـب مـن يخالف الاتجاهات العامة الواردة بالخطة.
٤. **المرونة** : قابلية الخطة الصحية للتعديل المستمر حسب الظروف المتغيرة مـثلاً كظهور وباء أنفلونزا الخنازير كحدث عارض يتطلب إجراء تعـديلات بالخطـة الصحية.
٥. **الواقعية**: أن تكون الأهداف الموضوعة قابلة للتطبيق ، بحيث تتفق مع الإمكانات المادية والبشرية المتاحة.
٦. **الاستمرارية** : يصبح التخطيط صفة من صفات المؤسسة ، وليس عارضاً نتيجة لظروف عارضة ، ويؤكد مبدأ الاستمرارية وجود خطط طويلـة ، ومتوسـطة ، وقصيرة المدى.
٧. **المتابعة والتقويم** : الوقوف على نواحي القوة والضعف في الخطة الموضوعية.

وبالإضافة إلى ما سبق تجدر الإشارة إلى أن عملية التخطيط الصحي تمر بعدة مراحل مختلفة تبدأ بمرحلة صياغة وإعداد الخطط الصحية ثم الموافقة علي محتوياتها ، وبعد ذلك يأخذ المنفذون في تطبيق الخطط الصحية المرسومة ، وأخيراً، تتم دراسة ومتابعة تقييميه لنتائج الخطة . لذا فقد اقتراح بعض العلماء والدراسيين بعض المبادئ التي يمكن استخدامها بوصفها مبادئ إرشادية يستعين بها المخططون الصحيون عند قيامهم بعملية لتخطيط . وينبغي التنويه إلي أنه يلزم أن تنفذ الخطة الصحية من قبل جهاز إداري وطبي جيد ومؤهل يتسم بالخبرة والكفاءة الضروريتين لتنفيذها في مختلف مراحلها : لأن عدم كفاءة الجهاز الإداري والطبي قد يؤدي إلي عدم الالتزام بمبادئ التخطيط الأساسية مما ينتج عنه فشل هذه الخطة . **وتشتمل المبادئ الأساسية للتخطيط الصحي على ما يلي :**

١- إيجاز الخطة ووضوح الأهداف: من الضروري أن تكون الخطط الصحية الموضوعة موجزة يسهل فهمها واستيعابها، لأنه أحياناً ما يكون القائمون علي تطبيق تلك الخطط غير الذين قاموا بإعدادها، ولهذا فإن الخطط التي تعد بطريقة معقدة يمكن أن ينتج عنها سوء في الفهم يولد المشاكل عند مرحلة التطبيق .

إن منشآت الرعاية الصحية موجودة – أصلاً – لانجاز أهداف معينة ومحددة، وحيث إن هذه الأهداف هي نقاط الانطلاق لعملية التخطيط الصحي فإن الالتزام بمبدأ ضرورة وجود أهداف واضحة يمكن المنشآت لصحية من وضع أهداف بعيدة المدي وأخري قصيرة المدي يتم بواسطتها مقارنة وتقييم حجم التقدم المنجز، ويتم على أساسها صياغة وتوجيه الخطة، وذلك لما للأهداف المحددة من أهمية في أية خطة ، ويمكن القول أيضاً أن الأهداف هي التي تحدد الظروف التي يعتقد المخطط أنها ستكون في مصلحة المنشأة، ومن المعترف به – كذلك – أن عدم التمكن من إعداد وصياغة أهداف واضحة ومتفق عليها يعد من الأسباب الرئيسية المؤدية إلي فشل عملية التخطيط .

٢- القدرة علي التنسيق والمشاركة: يعمل التخطيط علي التنسيق بين مختلف الأنشطة، وذلك لأن النشاط الواحد أو حتي وحدة العمل الواحدة يمكن أن يكون أن يكون له أثر علي بقية الجوانب الاخري في المنشأة، إضافة ألي أن إعداد الخطط في أغلب المنشآت الصحية يتم بواسطة العديد من الأفراد أو الجماعات (إداريين وهيئة طبية وهيئة تمريض) وفي مثل هذه الحالات يكون من المهم جداً توفير التناسق التام لجميع عناصر إعداد الخطة، لأن هذا سوف يسهل عملية التطبيق ويقلل من احتمالات سوء التفاهم بين مختلف الوحدات القائمة علي تنفيذ الخطة، والاهم من هذا أن أدنى تغيير في أي نشاط من أنشطة الخطة يمكن أن يكون له أثار خطيرة علي كل أنشطة وأهداف المنشأة.

ولهذا فإن الالتزام بهذا المبدأ العام يمكن المسئولين عن الإدارة من تنسيق قراراتهم وهذا يدل علي أن التخطيط يضفي علي عملية صنع القرار الإداري منطقية ومعقولية ، فمن خلال التنسيق بين القرارات التي تصدر يستطيع المسئولين عن الإدارة ربط قرار تم اتخاذه اليوم بمدي تأثيره علي قرار سوف يتخذ غدا، ومثل هذا التنسيق سوف يساعد منشآت الرعاية الصحية علي سد الثغرات بين قرارات الماضي والحاضر والمستقبل .

أيضا من المبادئ العامة التي تؤخذ في الحسبان عند مراحل إعداد وتنفيذ الخطط الصحية مبدأ المشاركة : حيث إنه من المفضل أن تشترك معظم الجماعات أو وحدات العمل في المنشأة في عملية التخطيط وخصوصاً خلال المراحل الأولي منها، لأن هذا يسهل إيجاد توازن بين مختلف الآراء المتعلقة بالبدائل المطروحة للدراسة ، كما أن هذه المشاركة تساعد علي تعميق الشعور بالالتزام بين جميع الأطراف .

٣- وحدة الخطة الصحية: إن الالتزام بمبدأ التنسيق والمشاركة يحث المنشاة الصحية علي تبني مبدأ وحدة الخطة، بمعني أن وجود التنسيق الجيد والمشاركة الفعالة بين وحدات العمل المهنية وغير المهنية في المنشاة الصحية خلال مراحل عملية التخطيط الصحي المختلفة يساعد علي إيجاد خطة صحية رئيسية واحدة، مما يؤدي إلي أن جميع العاملين في المنشأة

الصحية يركزون علي تطبيق برنامج صحي موحد، لأن وجود برامج وخطط صحية مختلفة تهدف إلي النتائج المرجوة نفسها ويقوم بتطبيقها جماعات مستقلة يخلق جواً من الفوضى وعدم الانتظام مما يؤدي إلي إهدار موارد مالية ومادية وبشرية .

إن وجود خطة صحية رئيسية واحدة لا يمنع من تقسيمها إلي خطط صحية فرعية حسب وحدة العمل، فمثلا، يقوم مستشفي تعليمي بوضع خطط فرعية لكل من لأقسام " الإكلينيكية " والأقسام الإدارية وأقسام الخدمات المساعدة (التغذية والصيانة والنظافة والسلامة) وقسم التمريض والخدمات المخبرية، إضافة إلي أنه بالامكان تقسيم تلك الخطة الفرعية لكل قسم أو إدارة إلي برامج فرعية تشمل جميع محتويات الخطة الفرعية . إن المهم في الأمر هو أن جميع تلك الخطط الفرعية يجب أن تكون منبثقة من الخطة الصحية الرئيسية ومتوافقة ومتناسقة معها خلال مراحل الإعداد والتنفيذ مما يساعد علي وصول المنشاة الصحية ألي تحقيق النتائج المرغوبة .

٤- ضرورة ارتباط توزيع الموارد باحتياجات الخطط المحددة : يعد ارتباط حصر وتوزيع الموارد المادية والبشرية باحتياجات الخطة وأهدافها من أهم المبادئ العامة لنجاح عملية التخطيط الصحي ، وذلك لأن وجود أهداف محددة وواضحة بدون توافر الموارد المادية والبشرية اللازمة لتحقيقها يؤدي ألي وجود أهداف غير واقعية ، وبالتالي لا يمكن تنفيذ الخطة الصحية المرسومة . لذا ، فإنه من المهم التنسيق بين الأهداف والإمكانيات المتاحة لتنفيذها بحيث يتم التوازن بينهما ، فلا يكون هناك أهداف طموحة ويرصد لتحقيقها موارد ضئيلة.

وتشمل الإمكانيات المادية علي جميع لموارد التي يمكن الاعتماد عليها مثل عدد غرف الفحص الطبي وغرف التنويم وأعداد وأنماط الأجهزة الطبية المتوافرة كجهاز تخطيط القلب وأجهزة الفحص المخبري والإشعاعي وأعداد وأنماط موارد التموين الطبي، علاوة علي حصر الإمكانيات البشرية كالجهاز الإداري والهيئة الطبية والهيئة التمريضية والفنية، فالحصر يشتمل علي معرفة أعدادهم ومؤهلاتهم وخبر اتهم إضافة ألي معرفة تخصصاتهم ومدي كفاءة كل جهاز إداري وطبي ومقدرته علي . تنفيذ الخطط الفرعية الخاصة بإدارته أو قسمة.

وتبرز أهمية ذلك – بشكل خاص – في الخطط التي تستلزم قدراً الموارد، وفي حالة وجود خطط مثل هذه يجب أن تكون التفاصيل واضحة ومحددة بما في ذلك المدة الزمنية التي سيتم خلالها ربط الموارد بنشاط من الأنشطة، وإذا ما تم ربط الموارد بإجراءات متوقعة أو مستقلة لا داعي لها فسوف يكون هنالك احتمال دائم بأن يؤدي ذلك إلي تعطيل بعض الجوانب المهمة من عمليات وأنشطة المنشأة.

٥- القدرة علي التوقع والاستجابة الفورية: يجب أن يكون المخطط قادراً علي توقع المشاكل والصعوبات المحتملة وهي في مراحلها الأولي، وينبغي علي المخططين ألا ينتظروا حتي تحدث المشاكل وتصبح واقعا ، ثم بعد ذلك يصعب معالجتها وحلها، فالتخطيط الصحي يشجع القائمين علي الإدارة الصحية علي أن تكون توجهاتهم مستقبلة (Future-Oriented) وذلك لأن اشتراكهم في عمليات التخطيط الصحي يحثهم علي

النظر إلي أبعد من مستوي أعمالهم اليومية المعتادة، وأن يضعوا توقعاتهم لما سوف يحدث لمنشاتهم في المستقبل .

أيضاً يجب أن يكون المخطط قادراً علي تحديد وتعريف ما يظهر من قضايا وضغوط بأسرع ما يمكن ، لأن التقصير في الاستجابة السريعة وفي الوقت المناسب لما يطرأ من قضايا وضغوط ربما يؤدي إلي عجز المنشأة عن التحرك والقيام بما يلزم من تعديلات، مما يكون له تأثير علي تطبيق الخطة . فلكي يسهل مواجهة واستيعاب التغيرات – دون التأثير علي سير العمل – فيصبح من الضروري ضم سلسلة الإجراءات والقرارات البديلة في صلب الخطة.

وربما تجدر الإشارة هنا إلي أن بعض العوامل البيئية بإمكانها أن تعوق أو تسهل تحقيق أهداف المنشاة، لذا فإن امتلاك المخطط الصحي مبدأ القدرة علي التوقع والاستجابة لفورية يمكن المنشات الصحية من مواجهة العوامل البيئية الخارجية المتغيرة، وإخضاع تلك العوامل للسير في اتجاه الصالح العام للمنشاة .

٦- مرونة التخطيط:

يقصد بالمرونة أن الخطة المرسومة يمكن تعديلها بسهولة وسرعة لتوافق الظروف المتغيرة دون أن يترتب علي ذلك خسارة مادية للمنشأة الصحية أو نقص في فعاليات أنشطتها . لذا ينبغي أن يتوافر للتخطيط المرونة والقدرة علي التكيف ، بمعني أن تصميم الخطة ذاته يجب أن يكون جوهره ولبه المرونة وذلك لأن الظروف والمتطلبات الداخلية والقوي الخارجية المؤثرة ولمقدمات لمنطقية للتخطيط يمكن أن تتغير بمرور الوقت ولذلك يجب أن تتمتع الخطط بقدرة ذاتية علي التغيير والتكيف، كما يجب أن تكون مرنة ذات توجهات عملية وأن يتم تحديثها باستمرار وبما يتوافق مع التغيير والتعديلات لآخري . كذلك يجب أن يقسم التخطيط الفعال ألي مراحل زمنية (Time – Phased) ابتداء من المدى البعيد ورجوعا إلي العام الوشيك ، وهذا سوف يجعل الخطة أكثر مرونة ويساعد المخططين الصحيين في إعداد برنامج زمني متسلسل يسمح بتوفير وقت إضافي يستوعب الإحداث غير المتوقعة قبل أن تتجاوز الخطة البرنامج الزمني المحدد .

بشكل عام، ينبغي أن تتمتع الخطة الجيدة بالمرونة الكافية . وهذه المرونة ضرورية – علي وجه الخصوص – للخطط طويلة الأجل . متي كان التخطيط يتعلق بالمستقبل فهناك تحد يواجه المخطط الصحي ويمكن في صعوبة التوقع باتجاه كل العوامل والمتغيرات ذات الصلة بشكل دقيق . فالتغيرات في الأهداف أو السياسات " الاستراتيجية " للمنشأة الصحية يجب أن تتم بطريقة تتمشي مع التغيرات البيئية المحيطة دون الإخلال بتوازن المنشاة واستمراريتها .

من هذا المنطلق نستطيع أن نقول أن المرونة عنصر أساسي وجوهري لأية خطة صحية، لان الظروف المحيطة في تغير دائم ومستمر، ولذلك فإن الخطط غير المرنة التي تحددها وتحكمها مجموعة من الشروط المعينة قد لا تنظر بعين الاهتمام إلي تحقيق الأهداف التي وضعتها المنشات الصحية لنفسها .

٧- شمولية التخطيط: يجب أن تكون عملية التخطيط شاملة وأن تتم في سلسلة متصلة ، كما يجب أن تعكس شمولية التخطيط مؤشرات ومعايير مهمة الأيدي العاملة الضرورية واللازمة والاعتمادات المالية والمعدات والأجهزة الطبية وغيرها.

كما ينبغي أن تصاغ الخطط لجيدة في قالب جماعي وليس في قالب فردي ، وفي هذا إشارة إلي أن التخطيط ذو طبيعة هرمية متسلسلة : فالخطة الواحدة تولد خطة أخرى ، تتبعها سلسلة من الخطط المتعاقبة في إيقاع سريع. والواقع أن التغييرات المستمرة لا تتوقف فتجعل من عملية إعادة التخطيط ضرورة لا بد منها.

وإذا تحقق النجاح في تنفيذ الخطط الموضوعة فإن جهود القائمين علي الإدارة الصحية تصبح ذات نفع كبير لمنشأتهم ، لذا فأن مبدأ شمولية التخطيط الصحي يساعد علي توليد أفكر ومعلومات جديدة وشاملة عن الأنشطة الداخلية والقوي الخارجية، ويفتح المجال للمزيد من الأفراد للإسهام في التفكير علي المدي القصير والمدى البعيد .

٨- إلزامية الخطة واستمراريتها: يقصد بإلزامية الخطة أن يقوم المخططون الصحيون والمنفذون لها في مختلف المستويات لتشغيلية الالتزام بالسياسات والإجراءات التنفيذية المرسومة من قبل الإدارة العليا للمنشاة الصحية من أجل التوصل للنتائج المرغوبة . أن الاهتمام بهذا المبدأ سوف يؤدي إلي التزام المنشاة الصحية بمبادئ التخطيط الصحي الاخرى كمبدأ التنسيق والمشاركة ومبدأ وحدة الخطة مما يساعد علي نجاح خطة المنشاة الصحية في الوصول إلي غاياتها المنشودة. بمعني آخر، إن انعدام مبد إلزامية الخطة ينتج عنه استخدام وسائل وسياسات واجرءات مختلفة، وقد تكون في بعض أحيان متناقصة مما يؤدي ألي إهدار في الموارد المالية والمادية والبشرية، وبالتالي فإن الفشل المؤكد لتنفيذ الخطة الرئيسية المصادق عليها من قبل الإدارة العليا لمنشاة الصحية.

من جهة أخرى، يعد التخطيط عملية مستمرة و" ديناميكية "، وذلك لأن المنشآت الصحية دائما تواجهها ضغوط وتغيرات من قوى داخلية وخارجية تفرض علي المنشآت الصحية استخدام وسائل تخطيطية بشكل مستمر لكي تواكب وتتكيف مع تلك العوامل المؤثرة، فالتغيرات الطارئة علي تلك القوى المؤثرة قد تجبر المنشاة علي استبدال الخطط السابقة بخطط بديلة تتناسب مع مواجهة الظروف العارضة ، وهذا مؤشر – بحد ذاته – علي مبدأ استمرارية عملية التخطيط الصحي من خلال المراحل المختلفة ولمتغيرة التي يمر بها المنشاة الصحية .

٩- تحديد الفترة الزمنية اللازمة للتنفيذ: ويقصد بمبدأ تحديد الفترة الزمنية اللازمة لتنفيذ الخطة الصحية أن الخطة الرئيسة – بشكل عام – مرتبطة بفترات زمنية محددة من أجل تنفيذ محتوياتها . وهذه الخطة الرئيسة تنقسم إلي خطط فرعية ، ولكل خطة فرعية – في الغالب – مدة زمنية معروفة لتنفيذها . إضافة إلي أن هذه الخطة الرئيسة تتضمن خططاً فرعية طويلة الأجل وخططاً فرعية متوسطة الأجل وخططاً فرعية قصيرة الأجل.

أن أهمية الالتزام بمبدأ التحديد الزمني يكمن في أن الخطة الرئيسة – بحد ذاتها – تتكون من عدة برامج مختلفة ومتكاملة ، إضافة إلي أن تلك لبرامج مرتبطة ببعضها البعض، فهناك برامج صحية لا يمكن البدء بتنفيذها قبل الانتهاء من براج صحية أخري . لذا ، فأن تحديد الفترة الزمنية يساعد علي التنسيق بين مختلف البرامج وزيادة القدرة علي مواجهة التطورات ، وبالتالي يساعد علي نجاح تحقيق أهداف الخطة الرئيسة للمنشاة .

١٠- ضرورة متابعة وتقييم النتائج: أن الالتزام بمبادئ التخطيط الصحي السابقة وحدها فقط بدون متابعة وتقييم مستمرين لنتائج الخطة الصحية يكفل نجاح الخطة المرسومة . لذا فإن متابعة تنفيذ الخطة خلال مراحلها ا لمتعددة يساعد الإدارة العليا علي معرفة مدي توافق التنفيذ الفعلي المحقق لما تم منها مع خطواتها والمدد الزمنية المحددة لكل برنامج مع استخدام أهداف المنشاة المصادق عليها كمعايير . فعن طريق المقارنة بين لنتائج المتوقعة في الخطة (Expected Outcomes) والنتائج المحققة (Actual Outcomes) يمكن معرفة الانحرافات والعوامل التي سببتها ، وذلك من أجل العمل علي التخلص منا واستبعاد آثارها السلبية علي المر احل اللاحقة للخطة . لذا يمكن القول أن مبدأ ومتابعة وتقييم النتائج من المبادئ الأساسية والجوهرية حيث تكمن أهميته عند حدوث تغيرات عارضة لم تخذ في الحسبان ، مما يساعد الإدارة المسئولة عن تنفيذ الخطة بالتدخل وتعديل بعض محتويات الخطة الرئيسة أو سياساتها أو إجراءاتها أو بتغيير الخطة الرئيسة واستبداله بخطة أخرى تتلاءم مع التغيرات الجديدة.

خامسا : القدرات والمهارات التي يجب أن يتحلى بها العاملون في التخطيط الصحي:

تتعدد المهارات التي يجب أن يتحلى بها القائمون على عمليات التخطيط الصحي ويمكننا ذكر أهم تلك المهارات علي النحو التالي :

٥/١- المهارات التحليلية : ومن بينها :

- تحديد المشكلة .
- تحديد الاستخدام الملائم للبيانات والطرق الإحصائية لتحديد المشكلة وإيجاد الحلول لها وتخطيط وتنفيذ وتقييم البرنامج .
- اختيار وتحديد المتغيرات ذات العلاقة بمشاكل الصحة العامة المحددة .
- تقييم مصداقية البيانات وقابليتها لإجراء المقارنات وتحديد نواحي القصور في مصادر البيانات .
- فهم الكيفية التي تلقي بها البيانات الضوء علي القضايا الأخلاقية والسياسية والعلمية والاقتصادية وقضايا الصحة العامة بصفة عامة .
- فهم منهجيات البحث الأساسية المستخدمة في الصحة العامة .
- الوصول إلي استنتاجات ملائمة من البيانات .

٥/٢- مهارات الاتصال : ومن بينها :

- الاتصال بفعالية تحدثاً وكتابة.
- عرض المعلومات السكانية والإحصائية والبرنامجية والعملية بدقة وفعالية للمتابعين المهنيين والعاديين .
- طلب المعلومات من الأفراد والمنظمات .
- الحصول علي الدعم والتأييد لبرامج وموارد الصحة العامة .
- قيادة المجموعات والمشاركة فيها لمعالجة قضايا معينة .
- استخدام وسائل الإعلام لتوصيل المعلومات المهمة عن الصحة العامة .

٥/٣- مهارات تطوير السياسات وتخطيط البرامج : ومن بينها

- جمع وتلخيص البيانات المتعلقة بمسألة ما .
- تحديد البدائل المتعلقة بالسياسات .
- تحديد النتائج الصحية والمالية والإدارية والقانونية والسياسية المترتبة علي كل بديل سياسي .
- تحديد إمكانية تطبيق كل بديل سياسي والنتائج المتوقعة منه .
- اتخاذ قرار بشأن الحل الملائم .
- كتابة البيان المتعلق بالسياسة بوضوح ودقة .

- تطوير خطة لتطبيق السياسة شاملة الأهداف ونتائج وأهداف العملية وخطوات التنفيذ .
- ترجمة السياسة إلي خطط وهياكل وبرامج تنظيمية .
- تحديد قوانين الصحة العامة والأنظمة والسياسات ذات العلاقة ببرامج معينة .
- تطوير آليات لمتابعة وتقييم البرامج للتأكد من فعاليتها وجودتها .

٤/٥ – المهارات الثقافية : ومن بينها :

- فهم القوي الديناميكية المساهمة في التنوع الثقافي .
- التفاعل بحساسية وفعالية ومهنية مع الأشخاص المنتمين إلي خلفيات ثقافية واجتماعية / اقتصادية وتعليمية ومهنية مختلفة ومع جميع الأشخاص من مختلف الأعمار وأنماط الحياة المختلفة .
- تحديد دور العوامل الثقافية والاجتماعية والسلوكية في تحديد المرض والوقاية منه والسلوك المعزز للصحة وتنظيم الخدمات الطبية وأساليب تقديمها .
- تطوير وتبني أساليب لمعالجة المشاكل تأخذ في الاعتبار الاختلافات الثقافية .

٥/٥ – مهارات علوم الصحة العامة الأساسية : ومن بينها :

- تحديد وتقييم وفهم الحالة الصحية للمجتمع ومحددات الصحة والمرض والعوامل المساهمة في تعزيز الصحة والوقاية من المرض والعوامل التي تؤثر في استهلاك الخدمات الصحية .
- فهم أساليب البحث في جميع علوم الصحة العامة الأساسية .
- تطبيق علوم الصحة العامة الأساسية والتي تشمل العلوم السلوكية والاجتماعية والإحصاء الحيوي وعلم الأوبئة والصحة العامة البيئية والوقاية من الأمراض المزمنة والمعدية والإصابات .
- فهم التطور التاريخي والتنظيمي لمؤسسات الصحة العامة العاملة علي مستوي الولاية والمستويات المحلية والمستوى الاتحادي .

٦/٥ – مهارات التخطيط المالي والإدارة : ومن بينها :

- إعداد وعرض الميزانية .
- إدارة البرامج مع الأخذ في الاعتبار القيود التي تفرضها الميزانية .
- تطوير استراتيجيات لتحديد أولويات الميزانية .
- متابعة أداء البرنامج .
- إعداد العروض للحصول علي التمويل من الجهات الخارجية .
- تطبيق مهارات العلاقات الإنسانية الأساسية في إدارة المنظمة وفي حل الصراعات داخل المنظمة .
- إدارة الموارد البشرية .
- فهم نظرية الهيكل التنظيمي وعلاقتها بالممارسة المهنية .



الفصل الرابع

التنبؤ بالطلب
علي الخدمات الصحية

✍ بقراءتك لهذا الفصل يمكنك الإلمام بالموضوعات التالية :

⊙ أساليب التنبؤ الوصفي .

طريقة دلفي .

طريقة الجماعة الصورية .

⊙ أساليب التنبؤ الكمية.

تحليل السلاسل الزمنية .

تحليل الانحدار .

البرمجة الخطية .

بيرت والمسار الحرج .

مقدمـــة :

يعد التنبؤ جوهر عملية التخطيط والدعامة الأساسية التي يرتكز عليها . وربما أن التخطيط يعتمد علي بيانات ومعلومات تم تجميعها في الماضي فإن التنبؤ عبارة عن تلمس حول المستقبل ومحاولة للتكهن بالأحداث التي سوف تقع؛ وهذا يتم بناء علي وضع افتراضات عن المستقبل في ضوء ما حدث في الماضي ويحدث في الحاضر، ويمكن القول إنه كلما كانت الافتراضات شاملة ومبنية علي أساس علمي وبعيدة عن الاجتهادات الشخصية والتقديرات العفوية غير الموضوعية، أدي ذلك إلي انخفاض الاختلاف والتباين بين ما تم التنبؤ به والواقع الفعلي عندما يكون المستقبل حاضراً . لذا يعرف التنبؤ بأنه : النظر إلي المستقبل وافتراض ظهور بعض الظروف الطارئة ووضع تقديرات نسبية لمدى تأثير كل ظرف من الظروف علي درجة ومستوي داء المنشأة الصحية .

وعلي هذا الأساس، فإن التنبؤات تزود المسئولين والمديرين بالأسس والقواعد التي يتم بموجبها إعداد وصياغة الخطط والقرارات الواقعية . ويساعد التنبؤ المخطط الصحي علي النظر إلي المستقبل ومعرفة ما ينبغي القيام به من عمل حتى يتم توجيه مسار المنشأة نحو النتائج التي يعبر عنه الهدف أو مجموعة الأهداف الرئيسة لها .

فعلي سبيل المثال، يستطيع المخطط الصحي – من خلال التنبؤ – التعرف علي اتجاه مسار المنشأة الصحية بخصوص أعداد المرضي في كل من أقسام التنويم الداخلي وأقسام العيادات الخارجية معتمداً علي م يجمعه من بيانات وإحصاءات . وبعد دراسة اتجه مسار أعداد المرضي في تلك الأقسام، فإن المخطط الصحي قد يحد أن المسار إما في اتجه تنازلي أو في اتجاه تصاعدي أو في اتجاه متذبذب بين الصعود والنزول وفي اتجاه غير منتظم بحيث يكون في شهور عشوائية في تجاه متزايد وشهور عشوائية في اتجه متناقص.

وبعد دراسة مبنية علي تحاليل إحصائية للبيانات الخاصة باتجاه مسار أعداد المرضي ، يتمكن المخطط الصحي من التعرف علي العوامل الداخلية والعوامل الخارجية التي أثرت علي زيادة أو نقص أعدد المرضي ، ومحاولة تقليل آثارها السلبية علي مستوي أداء المنشأة، وعندما يعتقد المخطط الصحي أن تلك العوامل المؤثرة في الماضي ستظل باقية علي حالها ، فإنه من المفترض أن يستمر مسار أعداد المرضي في الاتجاه نفسه . أما في حالة التوقع بأن بعض العوامل المؤثرة في الماضي سوف تتغير ، فإن ذلك يجبر المخطط الصحي علي تعديل اتجاه الظاهرة وفقاً لهذه التوقعات .

إن العوامل الداخلية والخارجية تؤدي إلي حدوث نسبة معينة من الخط في التنبؤ لا يمكن تجنبها . لذلك فإنه يجب علي المخططين الصحيين دراسة الأسس التي بنيت عليها فروض التنبؤ لتحديد ما إذا كان التنبؤ مزوداً بالتقديرات لمقبولة أو لانعكاس

الدقيق للسياسات والخطط . ويجب التنويه هن إلي أن استمرارية المخطط الصحي بوضع دراسات مستفيضة ومبنية علي معلومات صحيحة عن الظاهرة المراد التنبؤ بها سوف يؤدي إلي زيادة الدقة في التقديرات والافتراضات التي بدورها تساعد علي تلافي الفرق بين المخطط والواقع الفعلي .

وبمعني آخر فإن مطابقة الافتراضات عن المستقبل بما سوف يحدث في المستقبل نفسه يعكس الأساس السليم للتخطيط . وبشكل عام يمكن القول إن هناك – علي الأقل – ثلاثة افتراضات يضعه المخطط الصحي عند دراسته لظاهرة معينة ، وهذه الافتراضات هي :

١- افتراضات مبنية علي تقديرات متشائمة .
٢- افتراضات مبنية علي تقديرات متفائلة .
٣- افتراضات مبنية علي تقديرات أكثر احتمالاً .

وحتى لا يكون هناك نوع من الإفراط و التفريط ، فإنه يفضل أن يضع المخطط الصحي افتراضات مبنية علي تقديرات أكثر احتمالاً ويرجع السبب في ذلك إلي أن الافتراضات المتشائمة قد تجبر المخطط الصحي علي اتخاذ احتياطات زائدة مبالغ فيها مما يؤدي إلي إهدار موارد مالية وبشرية ومادية . ومن جهة أخرى فإن الافتراضات المتفائلة قد تؤدي بالمخطط الصحي إلي زيادة درجة الإهمال وعدم أخذ الحيطة والحذر ، وهذا بدوره يزيد من درجة انحراف الخطة المرسومة عن أهدافها المرجوة .

وتستند الأساليب المستخدمة في التنبؤ علي التجارب الماضية والافتراضات الحالية عن المستقبل من أجل الوصول إلي افتراضات أو مقدمات يمكن أن تكون أسساً وقواعد سليمة للتخطيط الصحي .

تتعدد الأساليب الكمية التي يمكن استخدامها في مجال التخطيط الصحي وهناك – علي الأقل – أسلوبان رئيسيان للتنبؤ ، هما :

١- الأسلوب الوصفي Qualitative Technique .
٢- الأسلوب الكمي Quantitative Technique .

أولا : أساليب التنبؤ الوصفي :

تستعين أساليب التنبؤ الوصفي بآراء مجموعة من الأشخاص ذوي الخبرة الطويلة في مجال الظاهرة المراد التنبؤ بها . وتساعد هذه الأساليب الوصفية المخطط الصحي في معرفة ما يستشعره مديرو إدارة الخدمات الصحية من توقعات نحو المستقبل ومن المعروف أنه كلما كانت خبرة المشاركين في عملية التنبؤ طويلة وتجاربهم عميقة في الموضوع نفسه ، أدى ذلك إلي مطابقة انطباعاتهم لم سوف يحدث مستقبلاً .

وعادة ما تستخدم أساليب التنبؤ الوصفي في حالات نقص أو عدم كفاية المعلومات ، وكذلك عندما يكون استخدام أساليب التنبؤ الكمي باهظة التكاليف ، أو عندما يكون الأسلوب الكمي معقداً بدرجة يصعب معها علي الإدارة فهمه واستيعابه .

وتستخدم طرق التنبؤ الوصفي بشكل عام للتنبؤات بعيدة المدى وخاصة عندما يكون للعوامل الخارجية دور مهم في ذلك ، كما أنها بطبيعتها أكثر ذاتية أو غير موضوعية ، وقلما تستخدم إذا كان من الأجدى اقتصادياً استخدم أسلوب التنبؤ الكمي .

وهناك عدة أساليب وصفية للتنبؤ ، وسوف نستعرض منها طريقة " دلفي" وطريقة الجماعة الصورية كما يلي :

١/١ - طريقة دلفي:

تعد طريقة " دلفي" (Delphi Technique) من أهم أدوات التنبؤ الوصفي حيث تعتمد علي توقعات مجموعة من الخبراء بالنسبة لبعض الفروض في المستقبل . وتعتمد هذه الطريقة المتطورة لجمع وتلخيص آراء مجموعة من الخبراء تم اختيارهم من تخصصات مختلفة ولكنها مرتبطة بعضها ببعض ، ولا يتم الكشف عن هوياتهم طوال عملية تجميع المعلومات . وتعتمد هذه الطريقة علي تحديد البدائل ومناقشتها غيابياً في اجتماع أعضاء لا يستطيعون التحدث مع بعضهم البعض ، بل ليس هناك اتصال مباشر بينهم ، ولا يعرف أي عضو مشارك في عملية التنبؤ أسماء الأعضاء الآخرين والمشاركين معه في العملية نفسها ، وذلك حتى لا يتأثر بآرائهم وانطباعاتهم عن الظاهرة المرد التنبؤ بها .

وعلي هذا الأساس ، فإنه يمكن تعريف طريقة "دلفي" علي أنها : " عملية رسمية يقوم بها مجموعة من الخبراء للوصول إلي آفاق جماعي بشأن المستقبل، وتعمل هذه المجموعة بطريقة غير معروفة ، ويتم التغذية العكسية بين الأعضاء من خلال استقصاء رسمي " .

وكما أشرنا فيما سلف ، تعد طريقة "دلفي" أداة فاعلة وأسلوباً متميزاً من أساليب التخطيط وطوال هذه العملية يتم الاتصال والتفاعل بين أفراد مجموعة من الخبراء عن طريق وسيط ، وبذلك يتمكن كل عضو من إعطاء أفضل تقديراته دون التأثر بوجود عضو آخر من ذوي الإرادة القوية أو الهيبة و المكانة الاجتماعية .

وتمر هذه الطريقة بعدة خطوات رئيسة تبدأ بتحديد المشكلة وتنتهي بالحصول علي رأي نهائي وموضوعي بخصوص المشكلة موضع التنبؤ ، وهذه الخطوات هي :

١- تقوم إدارة المنشأة الصحية بتحديد الظاهرة المراد التنبؤ بها وتصميم استبيان شامل عن الظاهرة والعوامل لمتصلة بها .

٢- بعد تحديد هذه الظاهرة ، تقوم الإدارة بتحديد أعضاء الاجتماع من الخبراء وذوي الرأي ويفضل تنوع الخبرات بين الأعضاء ، وذلك من أجل إثراء العملية بوجهات نظر مختلفة وموضوعية .

٣- يطلب من كل عضو من الأعضاء المشاركين تعبئة بيانات الاستبيان ، وطرح آرائهم حول المشكلة موضوع الاستبيان . فمثلاً ، يطلب من كل خبير إعطاء تقدير رقمي عن بعض الفروض المستقبلة ، وطرح تساؤلات عن بدائل الحل وسلوك المشكلة وتأثير بدائل الحل عليها .

٤- بعد الحصول علي إجابات الخبراء وآرائهم ، تقوم اللجنة بتحليل الإجابات واختصارها في صورة تقرير ، ثم ترسل لهم الإجابات ويطلب منهم توضيح ردود فعلهم بالنسبة لتوقعاتهم عن لمشكلة وحلولها ويطلب . كما يطلب من كل خبير توثيق موافقته أو عدمه علي نتائج التقدير المبدئي .

٥- تقوم اللجنة بتكرار الخطوة الثالثة وأيضاً الخطوة الرابعة وذلك من أجل تنقية آراء الخبراء والتوصل إلي رأى نهائي وموضوعي بخصوص المشكلة موضع التنبؤ . وفي الحالات التي يعطي فيها خبير من الخبراء تنبؤات مختلفة تماماً فعادة ما يطلب منه تفسير ذلك وتبرير توقعاته .

٦- تقوم اللجنة بتلخيص ومراجعة تقديرات الخبراء مرة أخرى ، وفي نهاية المطاف يتم تجميع الآراء النهائية ووضعها في صورة تقرير نهائي مشتملاً علي المشكلة وأبعادها والحلول المثلي لها ، ثم بعد ذلك يرسل التقرير النهائي لكل خبير شارك في هذه العملية.

وتعتمد طريقة "دلفي" في التنبؤ إلي تجنب الأمور التالية :

١- الميل إلي مناصرة وضع أو رأي معين حول قضية معينة .

٢- الصياغة السابقة لأوانها لأفكار مكونة أو متصورة سلفاً .

٣- تأثير الآراء التي تأخذ موجة الأغلبية بمعنى آخر عدم تبني موقف ما لمجرد أنه موقف الأغلبية .

٤- الآراء الصادرة تحت القوة أو الإكراه .

ومع ذلك ، فإن لهذا الأسلوب عيوبه وجوانب قصوره من أبرزها ما يلي .

١- اتفاق الخبراء علي رأي سابق لأوانه نتيجة شعورهم بالتعب والإرهاق وغالباً ما يحدث ذلك في الجولة الثالثة من جمع المعلومات .

٢- الحصول علي تنبؤات متحيزة ، نتيجة سوء اختيار الخبراء المشاركين في عملية التنبؤ .

٢/١ - طريقة الجماعة الصورية :

تعد طريقة الجماعة الصورية (Nominal Group Technique) من الأساليب الوصفية للتنبؤ . ويرجع السبب في تسميتها بالجماعة الصورية إلي أن تكوينها اسمي فقط حيث تضم مجموعة من الخبراء من مختلف التخصصات يجتمعون في مكان واحد وتعمد هذه الطريقة إلي مناقشة موضوع معين بشرط لا يوجد نقاش فعلي وشفوي بين أفراد الجماعة ، حيث تتم المناقشة علي الورق وبذلك تساعد هذه الطريقة علي منع تأثير الشخصيات القوية أو المراكز الوظيفية علي الأعضاء .

لذا يطلب من كل عضو من الأعضاء أن يدون توقعاته وانطباعاته عن الموضوع المراد التنبؤ به وتمر طريقة الجماعة الصورية بالخطوات التالية :

١- تقوم إدارة المنشأة الصحية بتحديد المشكلة وتصميم استبيان شامل عنها .
٢- بعد ذلك تقوم الإدارة بتحديد أعضاء الاجتماع من الخبراء والمتخصصين .
٣- يرسل لكل عضو بطاقة دعوة للاجتماع مع تحديد زمان ومكان الاجتماع .
٤- تعين الإدارة رجلاً يقوم بدور الوسيط بين الأعضاء .
٥- خلال الاجتماع يطلب من كل عضو عدم التحدث مع الآخرين وتكوين تصوراته وأفكاره عن بدائل الحل علي ورقة أمامه .
٦- يقوم الوسيط بتجميع الآراء والحلول المقترحة وكتابتها علي سبورة أمام الأعضاء ولا يلزم ذكر اسم صاحب الرأي وربطه بالحلول .
٧- تشجيع الأعضاء علي مناقشة وتحليل كل رأى علي حدة وذلك من أجل توضيح نقاط الضعف ونقاط القوة ، ومن ثم التوصل لعدة حلول ممكنة .
٨- يقوم كل عضو من الأعضاء بعملية الاقتراع بشكل سري ، حيث يتم التصويت علي البدائل الممكنة أو الحلول المقترحة ، وذلك عن طريق ترتيب البدائل حسب الأفضلية . فمثلاً يمكن ترتيب أفضلية البدائل باستخدام مقياس "ليكرت" (Likert Five-Point Scale) والمكون من خمس نقاط حيث تدل الرتبة الأولي علي الحل الأفضل ، وتعني الرتبة الثانية الرتبة التالية من حيث الأفضلية ، وتشير الرتبة الخامسة إلي أسوأ الحلول .
٩- يقوم الوسيط بتجميع النتائج مستعيناً بأساليب إحصائية بسيطة . وعن طريق استخدم مقياس "ليكرت" يمكن القول إنه كلما خذ البديل أقل المجموعات حسابياً ، أدى ذلك إلي زيادة أفضلية البديل . وبناء علي النتيجة النهائية للتصويت يتم التوصل إلي اتخاذ قرار نهائي وموضوعي بشأن البديل الأفضل .

ثانيا : أساليب التنبؤ الكمية :

تستعين الأساليب الكمية بالتحاليل الإحصائية والرياضية للتنبؤ بأحداث المستقبل وتستخدم تلك الأساليب في التنبؤ عندما يكون بالإمكان افتراض أحداث الماضي كاتجاه يمكن إسقاطه علي المستقبل . علاوة علي أن استخدم تلك الأساليب يعتمد علي توافر المعلومات الكافية والصحيحة التي توضح صحة البيانات الإحصائية لاتجه أو علاقة ما . ويمكن القول إنه كلما استخدمت أساليب كمية للتنبؤ قائمة علي أساس معلومات صحيحة وثابتة ، أدي ذلك إلي زيادة موضوعية الأساليب الكمية مقارنة مع الأساليب الوصفية للتنبؤ .

وهناك عدة أساليب كمية للتنبؤ ، وسوف نستعرض منها أسلوب تحليل السلاسل الزمنية وأسلوب تحليل الانحدار كما يلي :

٢/١ – تحليل السلاسل الزمنية :

يعتمد أسلوب تحليل السلاسل الزمنية (Time-Series Analysis) علي تجميع بيانات تاريخية عن فترة ماضية لها علاقة بظاهرة معينة . ويفترض هذا النوع من الأساليب ن المستقبل هو امتداد للحاضر والماضي . وعلي هذا الأساس يقوم المخطط الصحي بالتنبؤ بالاتجاه نفسه مستنداً علي أن الظروف والعوامل التي تؤثر علي الأحداث ستظل مستمرة في المستقبل وبدرجة التأثير نفسها واتجاهه .

فمثلا ، تستطيع إدارة مستشفي ما تقدير أعداد مرضي العيادات الخارجية للخمس سنوات القادمة ، وذلك عن طريق التنبؤ بأن الطلب علي خدمات العيادات الخارجية سينمو بالمعدل نفسه الذي كان سائداً في السنوات الماضية . وهكذا يمكن تطبيق المبدأ نفسه علي ظواهر أخرى كالتنبؤ بمعدل شغل السرير وبمستوى إيرادات المنشأة الصحية .

ومن هذا المنطلق يتضمن أساليب السلاسل الزمنية تحليلا لمجموعة من المشاهدات التي تمت في أوقات محددة وعلي فترات متساوية وتعتمد أنمط تحاليل السلاسل الزمنية علي سلوكيات عناصر تلك المجموعة من المشاهدات . لذا ، فإن تحليل السلاسل الزمنية قد يأخذ أحد الأشكال التالية :

أ. الاتجاه العام .
ب. التغيرات الموسمية .
ج. التغيرات الدورية .
د. التغيرات العشوائية .

ويقصد بالتغيرات الموسمية تلك التحركات المنتظمة لمجموعة من المشاهدات تتم في أوقات معينة وعلي فترات زمنية متساوية ، وعادة تكون أقل من سنة . فمثلاً ، زيادة أعداد المرضي مع بداية كل سنة دراسية ، وفي المقابل انخفاض أعداد المرضي خلال الفصل

الصيفي . ومثال آخر عن زيادة نسبة بعض الأمراض المعدية في احدي فصول السنة ، حيث من الملاحظ زيادة نسبة مرض معين خلال فصل الشتاء مقارنة بفصول السنة الأخرى .

أن التغيرات الدورية هي عبارة عن تحركات لمجموعة من لمشاهدات ، وتتكرر علي فترات زمنية طويلة المدي وبصفة دورية . وعلي سبيل المثال ، النشاطات الاستثمارية في القطاع الصحي لخاص ، حيث تمر تلك النشاطات بتغيرات دورية التي تمثل فترات الرخاء والركود والكساد ثم الانتهاء من الأزمة . وهذه التغيرات الدورية تتأثر تأثراً مباشراً وطردياً بمستوي النشاط الاقتصادي للدولة، حيث تتجه للزيادة في فترات الانتعاش الاقتصادي ، كما تتجه هذه النشاطات الاستثمارية إلي الانخفاض في فترات الكساد الاقتصاد للدولة .

أما التغيرات العشوائية فهي عبارة عن تحركات فجائية غير منتظمة سواء بالزيادة أو النقصان . وتكون تحركات مجموعة معينة من لمشاهدات نتيجة لوقوع حدث طارئ مثل انتشر مرض وبائي بشكل مفاجئ أو نتيجة نشوب حرب غير متوقعة مثل أزمة الخليج . لذا يعد هذا لنوع من صعب التنبؤات باستخدام السلاسل الزمنية ، وذلك لأن تلك لتغيرات الفجائية لا يمكن التنبؤ بها ، كما أن تلك التغيرات لا يحكمها نظام واضح يمكن أن يستخدمه القائم علي عملية التحليل .

٢/٢ – تحليل الانحدار.

يعد تحليل الانحدار (Regression Analysis) أحد الطرق الإحصائية الشائعة الاستخدام للتنبؤ الكمي . وتستخدم هذه الطريقة لتحديد طبيعة العلاقة ما بين المتغيرات. وعن طريق هذا لطريقة فإنه يمكن عمل تنبؤات علي المدي المتوسط ولطويل من خلال عقد مقارنة بين لتغيرات التي طرأت في لماضي علي حد المتغيرات وبين التغيرات الحالية لمتغير ذي قابلية للتنبؤ . ويعمد أسلوب تحليل الانحدار لجمع بين مجموعة من العوامل التفسيرية في معادلة الغرض منه تحديد القيم المستقبلية لمتغير تابع .

ويمكن توضيح كيفية استخدام هذه الطريقة من خلال معادلة الانحدار ص = أ + ب س (يمكن الرجوع في ذلك تفصيلا إلى كتب الإحصاء) .

وفيما يلي بعض أمثلة الحالات التي يطبق فيها نظام تحليل الانحدار المتعددة:

(١) تحديد العلاقة بين طول مدة الإقامة (Average Length of Stay) في المستشفي كمتغير تابع ومجموعة من المتغيرات المستقلة كالعوامل ا لاجتماعية والسكانية والتكاليف وعدد الأسرة المتوافرة وأنماط سلوكيات الأطباء والحالة الصحية للمرضى .

(٢) تحديد العلاقة بين وقت انتظار لمريض (Patient,s Waiting Time) كمتغير تابع ومجموعة من المتغيرات المستقلة كالعوامل المتعلقة بسلوكيات المريض والعوامل المتعلقة بأنماط سلوكيات الأطباء والممرضات والعوامل التنظيمية داخل المنشأة الصحية كاستخدام نظام المواعيد من عدمه .

(٣) تحديد العلاقة بين مستوي الطلب علي الخدمات الصحية في أحد المرافق الطبية (Demand for Health Services) كمتغير تابع ومجموعة من المتغيرات المستقلة كالعوامل الاجتماعية والاقتصادية والسكانية ومدى توافر الامكانات المدية والبشرية ومدى مقدرة المواطن أو المقيم في الحصول علي تلك الخدمات الصحية ومدي توافر التأمين الصحي للمريض .

ويتم قياس درجة تأثير المتغير المستقل علي قيمة لمتغير التابع بواسطة المعامل التربيعي للانحدار لمتعدد (R-Square) الذي يتراوح قيمته ما بين صفر إلي واحد صحيح . وتجدر الإشارة هنا إلي زيادة تأثير المتغيرات المستقلة جميعا لقيمة المتغير التابع.

إن المأخذ علي تطبيق أسلوب تحليل الانحدار يمكن في صعوبة الحصول علي بيانات كافية وصحيحة تمثل قيم المتغيرات التابعة ولمستقلة . إضافة إلي أن هنالك عدد من الشروط الواجب توافرها للحصول علي تنبؤات يمكن الاعتماد عليها . ومن هذه الشروط – علي سبيا المثل – ما يلي : –

(١) أن هناك علاقة سببية (Causal Relationship) بين المتغير التابع ومجموعة من المتغيرات المستقلة .

(٢) أن هذه لعلاقة السببية بين المتغير التابع وتلك المجموعة من المتغيرات ستكون مستقرة طول الوقت .

(٣) أن المتغيرات المستخدمة في التحليل ستبقي علي أهميتها في المستقبل .

٣/٢ البرمجة الخطية:

البرمجة الخطية عبارة عن أسلوب رياضي يستخدم في إيجاد الحل الأمثل لكيفية استخدام المشروع لموارده المحدودة ، وكلمة خطية تعنى هنا أن العلاقات التي تربط بين موارد المشروع هي علاقات خطية أي من الدرجة الأولى وليست علاقة منحنى أو علاقة لوغاريتمية مثلاء أما كلمة برمجة فتعنى مجموعة الخطوات الرياضية المستخدمة في حل هذه المشكلة.

وتستخدم البرمجة الخطية في حل العديد من المشكلات الإدارية، ومن أمثلتها:

أ- تحديد الخليط الأمثل من المنتجات.

ب - تخطيط الحملات الإعلانية والمفاضلة بين وسائل الإعلان.

ج- تخطيط القوى العاملة.

د- مشكلات النقل والتوزيع.

و- جدولة المخزون.

ل- مشكلات تخطيط ومراقبة الإنتاج.

وتجدر الإشارة إلى أن استخدام فكرة البرمجة الخطية شاع منذ الحرب العالمية الثانية حينما طبقها البريطانيون في عملياتهم العسكرية . وقد طور " جورج دنتزيج " (Dantzig) خلال عام ١٩٤٧ م طريقة البرمجة الخطية عندما قام بتطبيقها بوصفها أداة لحل مشاكل

التخطيط في الجيش الأمريكي . ومنذ ذلك الحين انتشر استخدامها في العديد من المشكل التي تواجه الإدارة في المنظمات المختلفة ، سواء منظمات اقتصادية أو زراعية أو صناعية أو صحية .....

وتعد البرمجة الخطية احدى الطرق الأكثر شيوعا علي نطاق واسع في بحوث العمليات والمشاريع ، ولعل هذا يرجع إلي يسرها النسبي وسهولتها بالمقارنة ببعض الأساليب الأخرى ، فضلا عن إنها وسيلة تحديديه / حتمية (Deterministic) تساعد لمديرين في اتخذ القرارات المتعلقة بالتوزيع والتخصيص الأمثل للمورد النادرة . وهي وسيلة تحليلية لتحديد المزيج الأمثل من الموارد المحدودة والنادرة لتحقيق الأهداف المرغوبة في ظل مجموعة من القيود ، لذا فإن هذه الوسيلة تساعد المنشآت في إيجاد حل لمشكلة تحقيق أقصي الأرباح الممكنة (Maximization of Profits) أو أدني التكلفة في الإنتاج (Minimization of Costs) بمعني أخر أن هذه الوسيلة الرياضية تساعد صانع القرار علي إيجاد الحل لأمثل (Optimum Solution) في حالة وجود استعمالات وبدائل عديدة لعوامل إنتاج محدودة ونادرة . فعيادة التحاليل الطبية يكون لديها – عادة – عوامل إنتاج محدودة وهي الأجهزة المخبرية ووقت الفنيين الذي يمكن أن يستعمل للفحص والحصول علي نتائج تحاليل مخبرية لصنف واحد كتحليل الدم أو لعدة أصناف من التحاليل الطبية.

وعلي الرغم من شيوع تطبيق نظام البرمجة الخطية علي المشاكل المرتبطة بالإنتاج والتشغيل إلا أنه يمكن أن يستخدم – أيضا – لحل أنواع أخرى من المشاكل. فعلي سبيل المثال تستخدم البرمجة الخطية للمساعدة في إيجاد حلول لمشكلة تخصيص المساحات المخزنية الضيقة بحيث يكون معامل كفاءة التخزين أعلي ما يمكن . وكذلك المساعدة في اتخاذ قرارات بشأن توزيع الاستثمارات لتحقيق أعلي عائد استثماري ممكن . إضافة إلي استخدامها لحل مشاكل إدارية أو فنية أخرى كمشاكل تخطيط المنتجات والنقل والتوزيع .

ومن أجل تطبيق أسلوب البرمجة الخطية علي الوجه المطلوب ينبغي أن تتوافر في المشكلة التي هي قيد البحث الصفات الآتية :

١- توافر عنصر الخطية ، بمعنى وجود علاقات تناسبية محددة بين عناصر المشكلة فالتغير في أحد العناصر ينتج عنه تغير متساو في العناصر لأخرى فعلي سبيل المثال إذا زدت ساعات التشغيل للأجهزة الطبية بمقدار ٥% سوف تؤدي إلي النسبة نفسها من الزيادة في الإنتاج . إضافة إلي أن المقصود من عنصر الخطية أنه ليس هناك أسس تربيع أو أسس تكعيب للمعادلة لخطية ، بل إنها معادلة خطية من الدرجة الأولي .

٢- وجود معيار موضوعي محدد ، بمعني ضرورة وجود هدف محدد للمنشأة، إما لتحقيق أعلي عائد أو أقل تكاليف ممكنة .

٣- إمكانية إخضاع عناصر المشكلة للقياس الكمي . بمعني آخر ، إمكانية التعبير عن هدف المنشأة والقيود المفروضة كمعادلات رياضية أو رسوم بيانية .

٤- وجود بدائل توزيع واستخدام الموارد النادرة . وهذا يحقق درجة من المفاضلة بين البدائل واختيار البديل الذي يحقق الهدف المنشود .

٥- توافر عنصر التأكد وغياب الاحتمالات . وكما ذكر فيما سلف ، فإن البرمجة الخطية عبارة عن وسيلة حتمية لا تسمح بوجود احتمالات كما هو الحال في النماذج الاحتمالية (Stochastic Models) لذا ، يقصد بعنصر التأكد أن تكون جميع المعلومات المتعلقة بالمشكلة التي يعالجها نظام البرمجة الخطية معروفة بشكل مؤكد وقاطع .

٦- إمكانية الإضافة والقسمة . ويقصد بإمكانية الإضافة أن يتحدد الاستعمال الإجمالي لكل مورد من الموارد بواسطة إضافة أو جمع بنود بعض الموارد التي تكون لازمة لإنتاج كل نشاط أو منتج . ومن المفترض كذلك أن فاعلية الأداء المشترك للأنشطة – بغض النظر عن الظروف – تساوي مجموع الفاعلية الناتجة عن الأداء الفردي لهذه الأنشطة . أما بالنسبة لفرضية القسمة فيقصد بها إمكانية تصنيف لمتغيرات بشكل عام كمتغيرات مستمرة أو منفصلة ، وفي نظام البرمجة لخطية يفترض بالمتغيرات المجهولة x_1,x_2 أن تكون مستمرة ؛ بمعني إمكانية أن تأخذ أية قيمة كسرية .

هناك العديد من الأساليب المستخدمة لنظام البرمجة الخطية التي تعالج مشكلة تخصيص الموارد التي تتمثل في تحقيق أكبر ربح ممكن أو الوصول إلي حد أدني من التكاليف . ونذكر علي سبيل المثال ما يلي :

١- الأسلوب البياني The Graphical Method .

٢- الأسلوب لجبري The Algebraic Method .

٣- أسلوب السمبلكس The Simplex Method .

٤- أسلوب النقل The Transportation Method

٥- أسلوب التخصيص The Assignment Method

ويتميز الأسلوب البياني بأنه أيسر هذه الأساليب وأقلها تعقيداً ، إلا أنه لا يمكننا الحصول علي الحل البيني للمشكلة إلا إذا كان هناك متغيران أو ثلاثة علي أكثر تقدير حيث يصعب – إلي حد أكثر – من ذلك تمثيل أبعادها علي الرسم البياني .

ويحصل علي الحل البياني للمشكلة عن طريق اتباع الخطوات الآتية :

أ. تحديد دالة الهدف بمعادلة رياضية .

ب. تحديد القيود في شكل متباينات .

ج. استخدام الرسم البياني لإيجاد منطقة لحلول العلمية (Feasible Region) .

د. تحديد الحلول الأساسية واختيار الحل الأمثل من بينها ؛ وهو الذي يحقق أقصى قدر من الأرباح أو أقل قدر من التكاليف .

هـ. إيجاد الحل البياني عن طريق تقييم الدالة الهدفية لكل الحلول الممكنة .

كما أشرنا سابقا ، فإنه يصعب استخدام الأسلوب البياني عندما يكون لدينا ثلاثة متغيرات . لذا فإنه بالإمكان استخدام أحد الأسلوبين لآخرين من أساليب البرمجة الخطية . فالأسلوب الجبري يتميز عن لأسلوب البياني في اتساع نطاق استخداماته وذلك في حالة زيادة عدد لمتغيرات عن أثنين ، كما أن هذا الأسلوب يساعد في فهم الأسلوب الثالث وهو الأسلوب "السمبلكسي" ويعد هذا الأسلوب أكثر الأساليب الخطية تعقيداً نظراً لتعدد مرحل لحل فيه حتى الوصول إلي الحل الأمثل . إضافة إلي أن الأسلوب "السمبلكسي" يمكن صانع القرار من التعامل مع عدد من المتغيرات تزيد علي إمكانات الأسلوب البياني والجبري .

علي هذا الأساس يمكن إن نقول إنه مهما تغير أسلوب البرمجة الخطية المستخدم في تحديد التوزيع والتخصيص الأمثل للموارد إلا أنه مكون من ثلاثة عناصر أساسية ، وهي :

أ. دالة خطية ذات هدف .

ب. مجموعة من المعوقات والقيود الخطية .

ج. مجموعة من المعوقات والقيود غير السلبية بمعني عدم السماح بأن تكون مستويات لنشاط أو الإنتاج سلبية ؛ وبهذا تأخذ جميع القرارات قيماً غير سلبية .

ويمكن استخدام طريقة النقل في حل المشكلات التي تواجه تخطيط الخدمات الصحية بمداخل متعددة منها طريقة أقل التكاليف وطريقة فوجل وطريقة الركن الشمالي الشرقي :

وللإيضاح يمكننا تقديم المثال التالي ، والذي يفترض وجود ثلاث مصادر للمواد والمستلزمات الطبية (جدة /الرياض/ الدمام) والتي يراد نقلها لأماكن استخدامها (مكة /المدينة/الطائف) وموضوع بالجدول تكاليف نقل الوحدة من تلك المستلزمات.

الى / من	مكة	المدينة	الطائف	مجموع
جدة	٣	٢	٤	٤٠
الرياض	٥	٧	٩	٥٠
الدمام	٩	١٢	١	١٦٠
مجموع	٣٠	٤٠	١٨٠	٢٥٠

المطلوب

١- استكمال توزيع الكميات على الخلايا باستخدام بالبرمجة الخطية طريقة اقل التكاليف

٢- إيجاد التكلفة المبدئية

٣- اختبار أمثلية الحل والوصول لتكلفة هذا الحل .

كما يمكن الاعتماد علي طريقة التخصيص والتي تهتم بتوزيع الأعمال علي الأفراد أو الآلات وغيرها من عمليات التخصيص ، فإذا افترضنا وجود أربع آلات يراد تخصيصها على أربعة عاملين وبما يحقق أقل تكلفة مكن كما هو موضح بالجدول التالي :

والمطلوب منك

١- مساعدة الإدارة في تخصيص الآلات على العاملين و بما يحقق أقل تكلفة ممكنة

٢- إيجاد تكلفة التخصيص المثلى في ضوء ما توصلت إليه

٤/٢ - تحليل شبكات الأعمال:

شاع استخدام أساليب لتحليل الشبكي – في وقتنا الحاضر – في المنشآت الكبيرة كأساليب تخطيط ومراقبة بعض المشروعات والبرامج الضخمة التي يتطلب تنفيذها القيام بعدد كبير من الأنشطة المختلفة والمترابطة وغير المتكررة في أغلب الأحيان ، فضلاً عن استخدام قدر كبير من الموارد المادية والبشرية . وعن طريق استخدام أساليب التحليل الشبكي تتمكن إدارة المنشاة من تحديد الأنشطة الرئيسة للمشروع ومعرفة أوقات البدء والانتهاء لكل نشاط من الأنشطة ووقت الانتهاء من المروع بوجه عام . وعلاوة علي ذلك فإن استخدام تلك الأساليب يساعد الإدارة في تحديد مناطق الاختناقات ومحاولة علاجها وكذلك تساعد الإدارة في معرفة مدي إمكانية تحويل الموارد من أنشطة غير الحرجة إلي الأنشطة الحرجة (Critical Activities) لضمان تنفيذها في الأوقات المحددة لها .

وتعد خرائط " جانت " (Gantt Charts) أهم الأساليب التحليلية المستخدمة في هذا المجال ، وكذلك أسلوب تقييم البرامج ومراجعتها (Program Evaluation and Review Techique) .

وسنستعرض فيما يلي طريقة تقييم ومراجعة البرامج .

طريقة تقييم ومراجعة البرامج (بيرت)

طورت طريقة تقييم ومراجعة البرامج (PERT) في عام ١٩٥٨ م بواسطة مكتب المشاريع الخاصة التابع لسلاح بحرية الولايات المتحدة الأمريكية بالتعاون مع شركة " لوكهيد"

للطائرات وشركة استشارية كبري هي : " بوسا ألن أند هاميلتون المحدودة " (Booz-Allen and Hamilton , Inc .) . وقد واجه المسئولون في سلاح البحرية الأمريكية مهمة ضخمة تمثل في تنسيق إعمال وأنشطة مالا يقل عن ثلاثة آلاف مقاول خلال مشروع تطوير الغواصة النووية " بولا ريس " . وقد حقق نظم تقييم ومراجعة البرامج نجاحاً في الإسراع باستكمال هذا المشروع بنجاح ، ومنذ ذلك الوقت شاع استخدمه علي نطاق واسع وتطبيقه علي مختلف لمشاريع مثل إنشاء المصانع ولمستشفيات وتركيب أنظمة جديدة للحاسب الآلي وغير ذلك .

وطريقة تقييم ومراجعة البرامج ليست فقط أسلوباً من الأساليب الكمية المهمة المستخدمة في التخطيط بل إنهاء أداة قيمة للمراقبة أيضاً . إنها أداة تخطيط وتنسيق تستخدم للمشاريع الكبيرة ولمعقدة غير المتكررة (Non-Repetitive) ، التي تتطلب نظاماً متكاملاً لإدارة عدة مشاريع

وفي مجال الصحة تبرز قيمة وأهمية هذا الأسلوب ، إذا أنه يساعد علي تحديد مواصفات تسلسل عمليات الإنشاء والتشغيل . فعلي سبيل المثال ، لأجل إنشاء مركز للرعاية الصحية الأولية في مكان ما ، يجب أن تحدد الخطة الأهداف المراد تحقيقها والمدد الزمنية اللازمة لانجازها ، فعلي مسئول التخطيط لصحي – مثلاً ن يحدد لموعد الذي سيتم فيه تدريب موظفي الرعاية الصحية والموعد الذي سيتم فيه تزويد برمج الرعاية الصحية بالعدد للازم من العاملين ، والذي يتناسب – إلي حد ما – مع الإعداد الموجودة بالمراكز المحلية ، أو تحديد الوقت لذي سيصبح فيه برنامج الرعاية الصحية مسئولا عن توفير الرعاية لصحية لشريحة معينة من السكان .

ومن التطبيقات الأخرى لطرق تقييم ومراجعة البرامج في مجال المستشفيات أنها تحدد الدورات الزمنية لتحصيل الديون القابلة للدفع (Accounts Receivable) من قبل مختلف أنواع المرضي : إذ يستطيع المديرون الصحيون عن طريقها التعرف علي الحالات والأنشطة المتعلقة بعمليات تحصيل تلك الديون ، وتبدأ دورة التحصيل – تحت هذا النظم – عندما تتم إحالة المريض وتنتهي عندما يتم تحصيل أتعب الخدمات التي قدمت له .ويتم تقدير الوقت الحرج لكل حالة أو نشاط من الحالات والأنشطة التي يشتمل عليها لنظام . وعن طريق تطبيق نظام وتقييم ومراجعة لبرامج يمكن للمديرين الصحيين أن يحددوا المسار الحرج (Critical Path) ، ومن ثم يبحثون عن الوسائل التي يمكن به تخفيض لوقت علي امتداد هذا المسار ، وكل تخفيض في الوقت المسار الحرج من تاريخ الإحالة وحتي تاريخ التحصيل يعد وفراً في التكلفة .

ويتم تطوير وإعداد خطط تقييم ومراجعة البرامج " بيرت " بالبدء أولاً بدراسة المشروع لتحديد الأساليب والتسهيلات " التكنولوجية " التي سوف يتم الاستعانة بها ، ثم يقسم المشروع إلي عناصر بغرض وضع للخطط والبرامج لزمنية وأنظمة المراقبة .

ويعتمد أسلوب تقييم ومرجعة البرامج إلي فحص إلا طار الزمني والأنشطة المخصصة لتحقيق هدف ما ، كما أنه ينشئ شبكة تحدد تسلسل الحالات والوقت اللازم لتنفيذ كل منها ، وعلي هذا فإن هذا الأسلوب يضع الأمرين التاليين في لحسبان .

١- تقديرات لوقت اللازم لانجاز كل نشاط فرعي .

٢- طبيعة علاقة الارتباط بين الأنشطة بعضه ببعض ، وعلي وجه الخصوص إن كان هناك أنشطة يجب أن تستكمل قبل أن تبدأ أنشطة أخري .

العناصر الرئيسة في طريقة " بيرت "

لعل من المجدي أن نتعرف علي العناصر الأساسية التالية من أجل توضيح أغراض وبنية وكيفية العمل بطريقة تقييم ومراجعة البرامج :

١ - الأهداف العامة Goals :

وهي الأهداف التي سيتم إنجازها خلال مدة المشروع . وعنصر الأهداف يعد العنصر الأساسي في نظام تقييم ومرجعة البرامج الذي هو عبارة عن تمثيل بياني للخطة لمرسومة أو المعدة لتحقيق الأهداف المحددة ، وفي معظم الحالات يتم تحديد أهداف المشروع قبل إعداد خطة التقييم والمراجعة .

ومن أمثلة هذه الأهداف توفير نظام متكامل لحفظ السجلات الطبية وبرنامج متكامل للرعاية المنزلية والتحول إلي نظام آلي متكامل للاختبارات المعملية .

٢ - النشاط Activity :

النشاط هو عملية أو جهد يتطلب وقتاً وموارد ، وله بداية ونهاية محددتان . أنه العمل أو العملية الفعلية اللازمة لانجاز الأهداف المحددة أو الفرعية منها أو المباشرة، وبمعني آخر فالنشاط هو جزء من نظام تقييم ومراجعة البرامج يشار إليه بسهم كما هو موضح في الشكل .

ومن أمثلة الأنشطة ، تدريب مساعدي الرعاية المنزلية أو إعداد توصيف للوظائف ، أو إعداد طلبيه .

٣ - الحدث Event :

وهو إنجاز معين عند نقطة زمنية محددة . ويمثل نقطة البداية أو لنهاية لمرحلة ما من المراحل الإجمالية للمشروع ، كما أنه النقطة المناسبة التي عندها يمكن إعداد تقرير عن وضع أو موقف ما أو قياس وتقييم تقدم سير العمل . ومن أمثلة الأحداث اختيار أجهزة الحاسب الآلي وتقديم الرسومات " الكروكية " الهندسية والبدء بتدريب مساعدي الرعاية المنزلية ووصول المعدات والأجهزة الطبية . وعادة ما يشار إلي الأحداث بدوائر ، حيث تكتب فيها أرقام أو حروف تدل علي الأحداث والنشاط الذي يربط حدثاً بآخر .

٤ - المسار Path :

المسار في نظام تقييم ومراجعة البرامج هو سلسلة أنشطة تؤدي من حدث إلي حدث أخر ، بمعني إنه يمثل أية سلسلة لإحداث متصلة بعضها ببعض .

٥ - المسار الحرج Critical Path :

المسار الحرج هو سلسلة متصلة من أنشطة الحرجة التي تحدد أطول مسار خلال نظام تقييم ومراجعة البرامج وأقصر مدة يتم خلالها الانتهاء الكامل من تنفيذ مشروع معين . وهذه الأنشطة الحرجة تشكل مساراً مستمراً بين بداية المشروع ونهايته .

خطوات إعداد شبكة تقييم ومراجعة البرامج

تصاغ طريقة تقييم ومراجعة البرامج في شكل شبكة ، وهذه الشبكة توضح الأنشطة والأحداث وكيفية ارتباط بعضها ببعض ، وكل حدث داخل هذه الشبكة مخصص له مجموعة من الأنشطة التي يجب إنجازها قبل أن يتجسد الحدث في صورته النهائية . ولتوضيح استخدام المثال التوضيحي نفسه لرسم خريطة " جانت " لإنشاء صيدلية في مدينة شقراء ، وهنا لا بد من انجاز الخطوات التالية :

الخطوة الأولي : تحليل المشروع: المرحلة الأولي من نظم تقييم ومراجعة البرامج هي تحديد قائمة الأنشطة التي يوافق عليها جميع الأشخاص المسئولين عن مشروع الصيدلية ، علي أن يتم تحديد كل نشاط بوضوح ، ويعرف كل فرد مسئولياته والمهام التي ينبغي عليه القيام بها في هذا المشروع .

الخطوة الثانية : تبعية وعدم استقلالية الأنشطة:

لقد لوحظ أن كل نشاط من الأنشطة يعاني من بعض المعوقات التي تتعلق بموعد بدء تنفيذه ، فإما أن تبدأ الأنشطة بمجرد أن يبدأ المشروع ، وإما أن يتوقف بدء نشاط ما علي لانتهاء من نشاط آخر أو مجموعة من الأنشطة . وفي هذه المرحلة ينبغي تقسيم المشروع إلى سلسلة من الأنشطة المستقلة بذاتها نسبياً.

الخطوة الثالثة : إعداد الشبكة:

شبكة تقييم ومراجعة البرامج هي أسلوب بياني ورياضي لتنسيق الأنشطة التي يجب أن تعمل معاً من اجل تحقيق هدف أو مجموعة أهداف .

الخطوة الرابعة : تقدير الوقت:

يعد عنصر الوقت المتغير الرئيس في شبكة " بيرت " وعلي الرغم من أن معظم تقديرات الوقت سوف يشوبها الشك وعدم التأكد بدرجة كبيرة ، إلا أن مثل هذه التقديرات تكون – بشكل عام وقاطع – أفضل بكثير من عدم وجود أية تقديرات . وبموجب إجراءات نظام تقييم ومراجعة البرامج فإن الإدارة تكون مطالبة بعمل تقدير للوقت لإنجاز كل نشاط ، ويمكن الحصول علي مثل هذه التقديرات الزمنية من الأشخاص الذين يتولون مسؤولية مختلف الأنشطة . ومن الضروري أن يتم تقدير المدة التي سوف يستغرقها إنجاز المشروع بشكل كلي حتي يستطيع المدير المسئول أن يعرف معدل التقدم أو التأخر في الانجاز خلال أية مرحلة من مراحل العمل . وتقدير المدة الإجمالية للمشروع له أهمية كبيرة ، وبالنسبة لنظام " بيرت " فإن كل نشاط يحتاج لثلاثة تقديرات للوقت أو المدة اللازمة لانجازه.

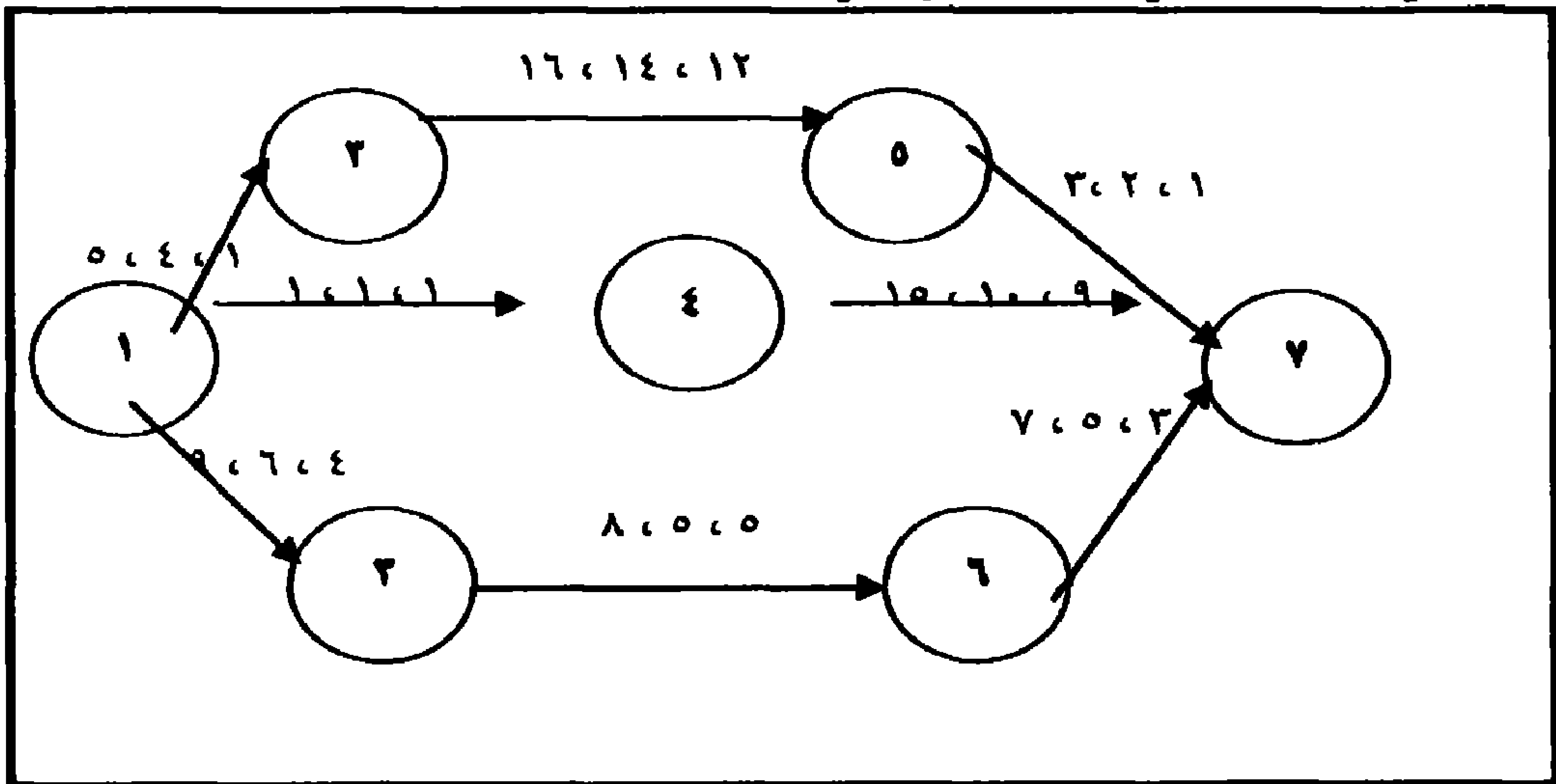
- **الوقت المتفائل :** وهو أفضل التقديرات التي تفترض أن جميع الأعمال تسير علي ما يرام ، وأنه لا توجد أية معوقات أو مشاكل ، بمعنى أنه لا يوجد – مثلاً – تأخير في الحصول علي الأدوية وغيرها من الموارد والمستلزمات ، ولا يوجد أعطال للمعدات

والأجهزة ، ولن تحدث حالات غياب أو تخلف عن الحضور في صفوف العاملين مما قد يستدعي استبدالهم .

- **الوقت المتشائم** : وهو أسوأ تقدير حيث يفترض حدوث مشكلات أو ومعوقات ممكنة ، مثل تأخر توريد واستلام طلبيات الأدوية وغيرها .
- **الوقت الأكثر احتمالا** : وهو الزمن التقديري اللازم للانجاز تحت ظروف عادية ، بمعني أنه إذا حدث تكرار للنشاط فإن التقدير الزمني الأكثر احتمالا لتنفيذه يكون مساويا لمتوسط المدة اللازمة للانجاز .

وجدير بالذكر أن التقديرات الزمنية للأنشطة والقيم المشتقة منها للبدء المبكر والبدء المتأخر والانتهاء المبكر والانتهاء المتأخر لا يجب أن تعد جبرية، لآن مدد الأنشطة – في الواقع – غالباً ما تكون غير معروفة مقدماً بشكل قاطع ومؤكد . ولهذا فإذا كان حجم الشك أو عدم التأكد كبيراً في مشروع من المشاريع فإن التقدير الثلاثي لزمن الأنشطة يصبح ميزة مهمة في نظام "بيرت " .

وفيما يلي شكل توضيحي لشبكة تحتوي علي ثلاثة مسارات :



الخطوة الخامسة : تحديد المسار الحرج .

يتيح استخدام نظام تقييم ومراجعة البرامج الفرص لصناع القرارات أن يخططوا مشاريعهم بطريقة تضمن الحد الأقصى من الكفاءة والفاعلية ، وذلك عن طريق التحديد الواضح لإنجازات الأنشطة الحرجة .

ومن أجل تحديد المسار الحرج لأية شبكة يجب – أولا – تحديد زمن البدء المبكر (Early start time) وزمن البدء المتأخر (Latest start time) لكل نشاط من الأنشطة، ويعرف زمن البدء المبكر بأنه اقرب الأوقات التي يمكن خلالها أن يقع الحدث بشرط أن تكون جميع أحداث السابقة له قد وقعت في أقرب أوقاتها . أما زمن البدء المتأخر فيعرف بأنه بعد الأوقات التي يمكن خلالها أن يقع الحدث بشرط أن تكون جميع الأحداث السابقة له قد وقعت في اقرب أوقاتها . أما زمن البدء المتأخر فيعرف بأنه ابعد الأوقات التي يمكن أن يقع فيها الحدث دون حدوث أي تأخير في موعد إنجاز المشروع الذي سبق تحديده .

ويمر المسار الحرج من خلال أطول مسارات الأنشطة الحرجة في الشبكة من بداية المشروع إلي نهايته واكتماله . ويتحدد المسار الحرج في شبكة " بيرت " بواسطة حسب المدة الزمنية المتوقعة لكل نشاط في الشبكة ، بعد ذلك تتم مقرنة المدد الزمنية المتراكم بعضه فوق بعض ، ويكون المسار الأطول في مدته الزمنية الإجمالية هو المسار الحرج . ويمثل المسار الحرج اقصر مدة ممكنة يمكن خلالها انجاز المشروع كله .

المزايا والعيوب المحتملة لنظام " بيرت "

لقد أثبت هذا النظام قدرته علي أن يكون أداة فاعلة في يد المسئولين، حيث إنه يزودهم بمعلومات مهمة عن لعلاقات لتي تربط بين العناصر الأساسية للمشروع في صورة تمثيل بياني ، ويمكن لمثل هذه المعلومات أن تساعد المسئولين عن إدارة شئون الصحة في التوصل إلي قرارات بشان ما ينبغي عمله ومتي ، وما التسلسل الذي يجب أن يتم بموجبه أنجاز العمليات من أجل استكمال المشروع وإنهائه بأفضل صورة ممكنة ، ويكون هذا الأسلوب مفيداً – بشكل خص – في المشاريع التي لا تتوافر فيها معلومات معيارية و قياسية للتكاليف والمدد الزمنية .

وكما أشرنا سابقا ، فإن أفضل مجال يستخدم فيه نظام " بيرت " هو المشاريع غير المتكررة أو غير " الروتينية " ، التي يكون فيها عنصرا الوقت والتكلفة غير مؤكدين ، ولكن يمكن تحديدها من خل مجموعة من الاحتمالات ، كذلك يشجع هذا النظام المسئولين عن إدارة الشئون الصحية لإجراء تحليل منظم لما قد يصادفهم من مشاكل واعطائه ما تستحقه من تركيز واهتمام . وهذا النظام لا يكتفي بمعاونة المسئولين عن الصحة في صياغة التنبؤات المعقولة لانجاز أهداف المشروع ، وإنما يساعدهم – أيضا – في تقييم مدي تقدم الإعمال في سبيل الوصول إلي تحقيق هذه الأهداف ، كم أن النظام لا يشارك – فقط – في اختيار طرق ووسائل أكثر اقتصادية للعمل وانما يساعد المسئولين عن لصحة في التخلص من بعض الممارسات الشائعة والمكلفة المتمثلة في التعجيل بأنها ، كل الأعمال توفيرا للمدة الزمنية الإجمالية للمشروع .

ويتيح استخدام أنظمة تقييم ومراجعة لبرامج المجال للقائمين علي أمور الإدارة الصحية لممارسة عمليات لمراقبة والسيطرة وذلك عن طريق تحديد الآثار الإجمالية للتأخيرات علي انجاز مشروع أو نشط ما .

كما يساعد استخدام هذه الأنظمة – أيضا – علي اكتشاف مواضع اختناقات والنقط التي يحتمل أن تتولد منه مشاكل و معوقات بين الأنشطة ، وقد يوفر مثل هذا الاكتشاف الوقت الكافي لاتخاذ م يلزم إجراءات وقائية وعلاجية أيضا . كذلك يستطيع المديرون – من خلال استخدام هذا النظم – أن يتعرفوا علي الأثر الذي يمكن أن يقع علي البرنامج الزمني بسبب إعادة توزيع الموارد من نشاط إلي آخر ، ولهذا فإن هذا النظام قد يساعد المديرين علي إعادة توزيع المورد من نشاط لي خر ، ولهذا فأن هذا لنظام قد يساعد المديرين علي إعداد وتطوير برامج عمل أكثر كفاءة وفاعلية ، وإلغاء بعض عناصر أو أجزاء المشروع التي كانت في السابق ينظر إليها علي أنها مرغوبة ولكن غير ضرورية.

ومن الملامح والسمات الرئيسة لشبكت " بيرت " أنه تسهل عملية تحديد الأنشطة الحرجة بناء علي هذا التحديد يجب علي القائمين بإدارة شئون الصحة إعطاء المزيد من لاهتمام للحالات التي تحتاج كثيرا لهذا الاهتمام والقيام بالإجراءات الإصلاحية .

عيوب نظام " بيرت " :

من عيوب هذا لنظام أنه لا يشمل عوامل التكلفة بشكل مباشر ، ومع ذلك يمكن للتعديل المعروف باسم (PERT / COST) أن يغطي بعض جونب هذا النقص . وربما لا تستطيع أنظمة " بيرت " مساعدة مديري الصحة في حل جميع مشاكلهم . لذلك يجب النظر إلي هذه الأنظمة – دائما – علي أنها أنظمة تجريبية.

قد لا تستطيع المنشاة صغيرة الحجم تطبيق نظم " بيرت " ، وهذا قد يعود إلي أن ذلك النظم يتطلب نفقات هائلة قد تكون أكبر من الفائدة المتوقعة ، لذا فإن استخدام هذا النظام يكون مقصورا علي المنشآت الكبيرة فقط . ومن عيوب هذا النظام – أيضا – انه مبني علي افتراضات قد لا يتوقع تحقيقها في جميع الحالات ، فعلي سبيل المثال افتراض القدرة علي حساب الزمن المتوقع لكل نشاط بشكل مسبق ودقيق . إضافة إلي افتراض وضوح علاقات التتابع بين الأنشطة مما يؤدي إلي إمكانية تصميمه في شكل شبكة عمل مقترحة .

ويمكننا عرض المثال التالي لتوضيح فكرة استخدام المسار الحرج في أحد المشاريع الطبية التي يتم التخطيط لها خلال الفترة القادمة بإحدى المنظمات الصحية :

فيما يلي بيانات الوقت الخاصة بأحد المشروعات التي يتم التخطيط بمستشفى السلام الدولي :

النشاط	مسار النشاط	الوقت بالأسابيع		
		المتفائل	الأكثر احتمالا	المتشائم
أ	١-٢	٦	٩	١٨
ب	١-٣	٥	١١	١٧
جـ	١-٤	٩	١٠	١١
د	٢-٥	٦	١٠	١٤
هـ	٣-٦	٨	١١	٢٠
و	٤-٦	١٠	١٣	٢٢
ز	٥-٧	٨	١٠	١٢
ح	٦-٨	٤	٦	٨
ط	٧-٨	٢	٥	٨
ي	٧-٩	٥	٧	٩
ك	٨-٩	٧	٩	١١

والمطلوب :

١- رسم شبكة تمثل المشروع ، وبيان المسار الحرج

٢- حساب الوقت المبكر ، والمتأخر لكل حدث ، وحساب الوقت الفائض.



الفصل الخامس

حل المشكلات واتخاذ القرارات في المجال الصحي

بقراءتك لهذا الفصل يمكنك الإلمام بالموضوعات التالية :

- مفاهيم أساسية في القرارات والمشكلات .
- تصنيف القرارات .
- مراحل عملية اتخاذ القرارات .
- العوامل المؤثرة في عملية اتخاذ القرارات.
- المشاركة في اتخاذ القرارات .
- نظم دعم القرار في الخدمات الصحية

مقدمـــة :

إننا لا نستطيع أن نمارس حياتنا دون الاختيار بين الأشياء، العناصر ، الأشخاص، المواقف. ولا يمكننا تقبل أي شيء وبأي شكل وفي أي وقت دون تقييمه وتحليله ...

لذا فنحن في حاجة ماسة للحكم على هذا وتلك واختيار أحد الأعمال أو الأنشطة أو السلوكيات أو الأشخاص ، وبناءً على معايير معينة .

وكل ذلك يحتاج إلى قرارات ... ، ومن ثم فنحن في جميع مراحل حياتنا ، ومع اختلاف الأنماط والمراكز والأعمال متخذو قرارات .

تأسيساً على ذلك نجد أن القرارات تمثل جزءاً جوهرياً من حياتنا داخل وخارج بيئة العمل ، والقرار هو اختيار البديل الأفضل من بين مجموعة البدائل ويصنع هذا القرار شخص أو عدة أشخاص من خلال عملية الاختيار التي تنطوي على عدة عناصر أهمها : التحديد والتحليل والتشخيص الدقيق للمشكلة ، والتخطيط والاختيار والتقييم ، واتخاذ القرار وتنفيذه ومتابعته. وبناءً على ذلك نلاحظ أن المدير سبيله إلى القرار هدف واضح وقائمة من الاختيار المتاحة ، فيتم تحديد الأفضل من بينها ثم تحويل هذا القرار إلى عمل.

إن القرارات التي يتخذها المديرون تتراوح بين التكرار والحداثة ، فقد تكون قرارات روتينية يعتاد المدير على اتخاذها في الظروف العادية المتكررة، وقد تكون قرارات طارئة ترتبط بأحداث ومتغيرات جديدة ، كما قد يكون القرار إستراتيجي أو تكتيكي ، يهتم الأول بالأمور الجوهرية في حياة المنظمة والمدى الزمني الطويل ، أما الآخر فيركز على الأمور التفصيلية ذات الأجل القصير .

ويعتقد العديد من كتاب الإدارة والمفكرين أن جوهر الإدارة هو اتخاذ القرارات ، بل إن هناك مدرسة نظرية القرارات التي تقوم على أساس أن اتخاذ القرارات هو العمل الحقيقي للمدير وهو المعيار الذي يعتمد عليه في التفرقة بين المدير الناجح والمدير الفاشل .

ويقول بيتر دراكر في بحث له عن اتخاذ القرارات

" مهما كان العمل الذي يقوم به المدير ، فإنه يتم من خلال عملية اتخاذ القرارات، التي قد تتم بصورة يومية روتينية أو قد تؤثر على مستقبل المنظمة وتحتاج إلى سنوات من العمل المنظم والتحليل الدقيق " .

وفــي ضــوء ذلــك يمكننــا عــرض موضــوع اتخــاذ القــرارات مــن خــلال النقاط التالية :

- مفاهيم أساسية في المشكلات والقرارات .
- تصنيف القرارات في مجال الخدمات الصحية.
- مراحل عملية اتخاذ القرارات في مجال الخدمات الصحية.
- العوامل المؤثرة في اتخاذ القرارات.
- المشاركة في صنع القرارات .
- نظم دعم القرار في الخدمات الصحية

أولا : مفاهيم أساسية في القرارات والمشكلات :

فيما يلي تعريف لأهم المصطلحات السائدة عند الحديث عند المشكلات واتخاذ القرارات .

- **القرار Decision** : " يمثل القرار اختيار البديل الأفضل من بين البدائل المطروحة " ، فإذا كان أمام المدير المالي عدة مصادر للتمويل : إما أن يلجأ للاقتراض أو يقتطع جزء من الأرباح أو يقترح زيادة الأسعار بما يؤدى إلى زيادة الإيراد فإنه يكون بصدد الحاجة إلى قرار .

- **صنع القرار Decision Making** : العملية التي من خلالها يتم تحديد المشكلة والفرص والبدائل المتاحة لحلها ثم دراستها وتحليلها للوصول إلى حل لتلك المشكلة . وتشتمل عملية صنع القرار على الجهود المبذولة قبل وبعد إجراء عملية الاختيار ، ولهذا فالمدير المالي في المثال السابق يحتاج إلى تحليل البدائل الثلاثة المطروحة للاختيار تحليلا شاملاً ، فإذا اختار منها الاقتراض فإنه سيفكر في المصدر الذي سيقترض منه وبأي قدر ولأي مدة، وبأي نظام ... وهكذا .

- **اتخاذ القرار Decision Taking** : يمثل اتخاذ القرار ناتج عملية صنع القرار أي تلك المرحلة المتعلقة بإنهاء عملية الاختيار والاستقرار على بديل واحد وهو القرار ويصدر عن المسئول الذي يملك السلطة والقدرة والرغبة والمعلومات سواء كان هذا المسئول شخص بعينه أو جهة مختصة .

- **المشكلة The problem** : تمثل المشكلة ذلك الخلل والقصور الذي يواجه المسئول ، ومن ثم فهي موقف رديء يجب التخلص منه وتتعلق المشكلة بأحد العناصر الخاصة بالنشاط ولا يرضى عنها المسئولين فهي ما لا يجب أن تكون وقد تكون المشكلة واضحة وبينة لما لها من أثار سلبية وقد تكون كامنة ومستترة وتحتاج لقدر أكبر من الدراسة والتحليل. وقد لا تكون في الصورة السلبية وإنما مجرد الرغبة في التحسين والتطوير والتنمية عن الوضع الحالي وإن كان إيجابياً .

- **الظاهرة Symptoms** : وتمثل الشواهد المتكررة والأعراض التي يتم ملاحظتها للدلالة على وجود أخطاء وانحرافات سلبية أو نقاط نمو وارتقاع إيجابية ، وبالتالي فالظاهرة قد تكون إيجابية أو سلبية ، ولكن عند وجود مشكلة فالظاهرة في معظمها تكون سلبية كالانخفاض والتدني والانهيار ...

ثانيا : تصنيف القرارات في مجال الخدمات الصحية :

يمكن تناول الأنماط المختلفة للقرارات حسب عدة معايير تبعا للمواقف والحالات المختلفة التي يواجهها متخذ القرار . وبناء على ذلك فإننا سنتعرض للتصنيفات المختلفة للقرارات كالتالي :

١- القرارات المبرمجة وغير المبرمجة.
٢- تصنيف القرارات بحسب المناخ السائد.
٣- تصنيف القرارات إلى استراتيجية وتشغيلية وإدارية .

القرارات المبرمجة والقرارات غير المبرمجة :

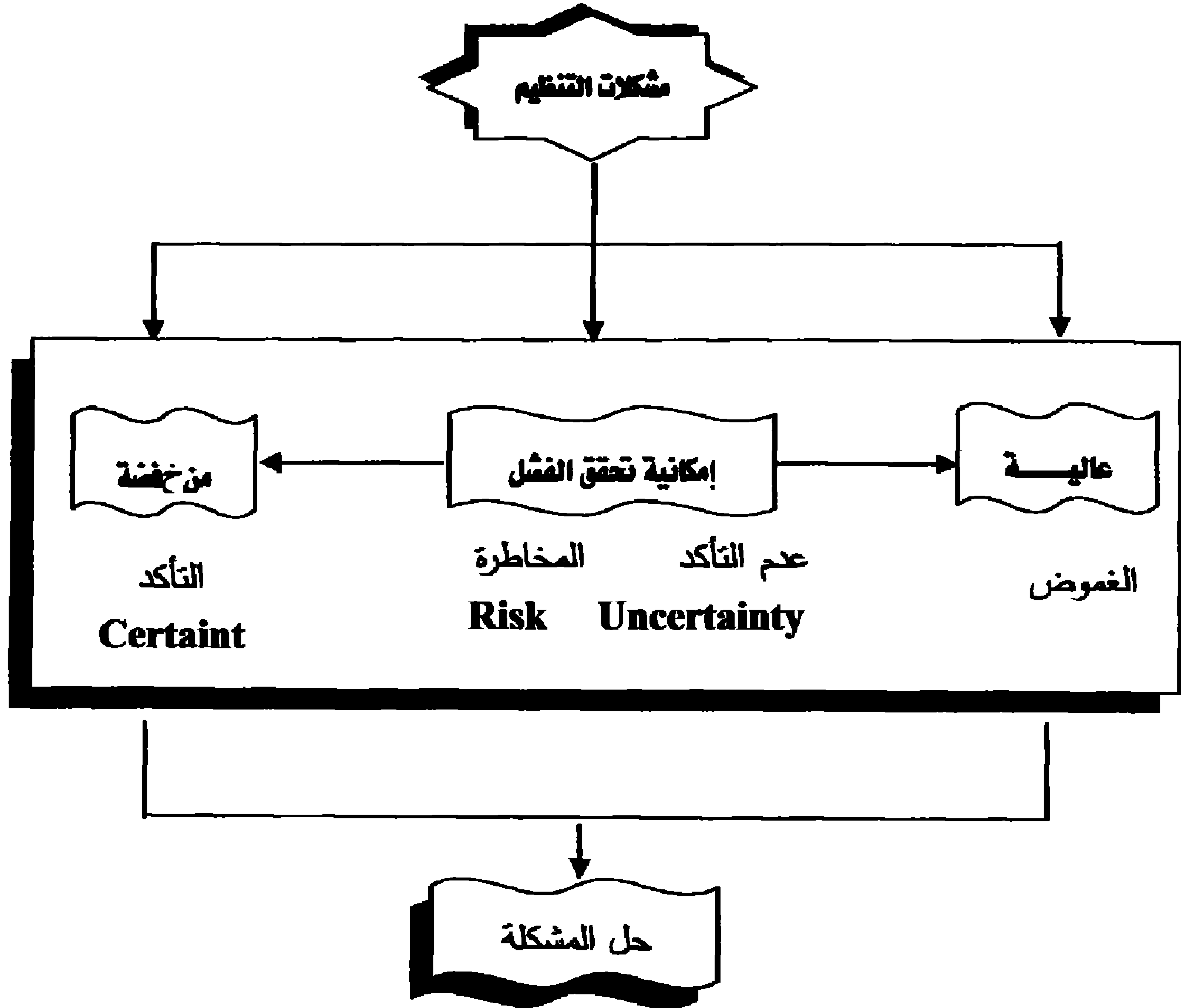
Programmed and Non programmed Decision

القرارات المبرمجة : تمثل القرارات المبرمجة الحالات المعروفة والمتكررة والتي بنيت لها قواعد في الماضي تيسر تطبيقها في المستقبل ومن ثم يتم الاعتماد عليها لمواجهة المشكلات الإدارية والتنظيمية التي تمر بنفس ظروفها ومتغيراتها . فعندما يتم تحديد مستويات المخزون ويصل المتاح إلى نقطة إعادة الطلب فمن الطبيعي أن يتخذ المسئول القرار بإعادة إصدار الطلبية الجديدة ما دامت كافة الظروف والمتغيرات الأخرى على حالها .

القرارات غير المبرمجة : وتمثل تلك القرارات استجابة للمواقف والحالات غير المتكررة ، والفريدة في خصائصها والتي تكون غير مهيكلة أو محدد أبعادها وتؤثر على أنشطة التنظيم . والسؤال كيف يمكن مواجهة هذا الموقف وخاصة وأنها قد تشتمل على قضايا مثل : التخطيط الاستراتيجى الذي تحكمه متغيرات مستقبلية شائكة ومعقدة مع عدم التأكد من العوامل والمتغيرات المؤثرة ، وتقييم البدائل المطروحة وذلك تمهيداً لاختيار أفضلها ويتطلب ذلك بطبيعة الحال الكثير من الوقت والجهد والتكاليف .

القرارات بحسب المناخ السائد : Decision Environment

يسعى المديرون للحصول على كافة المعلومات عن البدائل المطروحة للوصول إلى القرار الأفضل من خلال تخفيض حالات عدم التأكد . فكل حالة من الحالات التنظيمية المطروحة يمكن تصنيفها تبعاً للمعلومات المتاحة إلى جانب احتمال تحقيق الفشل. وفي هذا الصدد يظهر لنا الشكل رقم (١/٥) أربع حالات تبعاً لمدى التأكد هى : التأكد ، المخاطرة ، عدم التأكد ، والغموض.



الشكل رقم (٥/١)
تصنيف القرارات حسب المناخ السائد

حالـة (١) : حـالات التأكـد Certainty : وتعنـى هـذه الحالـة أن جميـع البيانـات والمعلومـات التـي يحتـاج إليها صـانع القرار متاحـة ويمكن الحصـول عليها ، فالمديرين لـديهم كافـة البيانـات عـن ظـروف التشـغيل والإنتـاج والمـوارد ، والتكـاليف، والعقـود ، والاتفاقات ، وبالتالي فإن متخذ القرار لديه حالة من الاعتقاد التام بأن حالة ما أو موقف معين سوف يحدث على وجه التأكيد وهنا تكون مهمة متخذ القرار اختيار البديل الذي ينتج عنه أكبر منفعة.

حالة (٢) حالات المخاطرة Risk : وتشير هذه الحالة أن ما سيجرى في المستقبل ليس تحت سيطرة التأكد فالمعلومات والبيانات غير كافية ولذا فمتخذ القرار يحتاج إلى بيانات الماضـي إلـى جانـب حاجتـه إلـى التقـدير والتوقـع وبالتـالي الاعتمـاد علـى الاحتمـالات المتوقعة لحدوث كل حالة بناء على آراء الخبراء والمختصين ..

حالة (٣) حالات عدم التأكد Uncertainty : وتمثل تلك الحالة المواقف التي لا يستطيع متخذ القرار أن يحدد احتمالات حدوث كل حالة منها مستقبلاً ، ومن ثم تمثل الخصائص الشخصية لمتخذ القرار أهم المعايير التي يمكن عليها لاتخاذ القرار كدرجة تفاؤله أو تشاؤمه أو درجة أسفه على عدم تبنى قرار ما من عدمه .

تصنيف القرارات إلى استراتيجية وإدارية وتشغيلية :

يتميز القرار الاستراتيجي عن غيره من القرارات بالشمول وطول المدى الزمني الذي يجب تغطيته ، وفيما يلي نوضح أهم خصائص كل من القرار الاستراتيجي والقرار الإداري والقرار التشغيلي .

(١) القرار الاستراتيجي : Strategic Decision

تتميز القرارات الاستراتيجية بالخصائص التالية :

- **المركزية في المستويات العليا :** عادة ما يتم بناء الاستراتيجية واتخاذ القرارات الاستراتيجية في أعلى المستويات الإدارية المتمثلة غالباً في مجلس إدارة المنظمة أو المدير العام للشركة ومساعديه ، وذلك لإلمامهم بإمكانات وموارد المنظمة ، ومعرفتهم بظروفها المحيطة ، وعلاقاتهم بالجماهير الخارجية .
- **يعتبر القرار الاستراتيجي قراراً حتمياً :** إذ على المنظمة أن تتخذه مسبقاً حتى يمكن أن تبنى عليه القرارات الإدارية والتشغيلية الأخرى ، ولذا فليس أمام المنظمة مفر من اتخاذه قبل البدء في عملياتها الإدارية والتشغيلية .
- **تتميز القرارات الاستراتيجية بعدم التكرار :** إذ غالباً ما تمثل معالم رئيسية تسير المنظمة على نهجها دون تغيير يذكر ، وبالتالي نجدها بين قرارات مجلس الإدارة التي تستمر المنظمة في العمل بها دون تغيير لفترات طويلة.
- **قرارات قليلة نسبياً في عددها :** فالقرارات الاستراتيجية تتسم بالشمول، ولهذا فليست تفصيلية .
- **قرارات تتعلق بالمدى الطويل :** عادة ما تخدم القرارات الاستراتيجية فترات زمنية طويلة نسبياً قد تمتد لتشمل حياة المنظمة بكاملها .
- **قرارات تتعلق بالمنظمة ككل :** غالباً تمثل القرارات الاستراتيجية نقاط متكاملة في خدمة مختلف الإدارات والأقسام بالمنظمة .
- **قرارات تنظم العلاقات بين المنظمة وبيئتها الخارجية :** تهتم القرارات الاستراتيجية بالبيئة الخارجية للمنظمة ، إذ منها تستمد المنظمة مواردها المادية والبشرية والتي تحدد بشكل كبير مدى استمرار المنظمة واستقرارها بتلك البيئة ، كذلك ففي هذه البيئة غالباً ما تفرز المنظمة منتجاتها وأنشطتها ومخرجاتها ولهذا ترتبط القرارات الاستراتيجية بالبيئة الخارجية ارتباطاً وثيقاً .

(٢) القرار الإداري : Administrative Decision

يتميز القرار الإداري بالخصائص التالية :

- يتم اتخاذه داخل المنظمة لتسهيل عمليات الإنجاز ، وبيان إجراءات تنفيذ الأعمال ،وتحديد كيفية الحصول على الموارد .
- تعتبر القرارات الإدارية هامة لاستقرار الهيكل التنظيمي ، وتحديد مراكز السلطة والمسئولية،ومدى المركزية أو اللامركزية التي يتم تطبيقها بالمنظمة
- تهتم القرارات الإدارية بتدفق البيانات والمعلومات فيما بين إدارات وأقسام المنظمة ، وتنظيم عمليات الاستفادة منها .

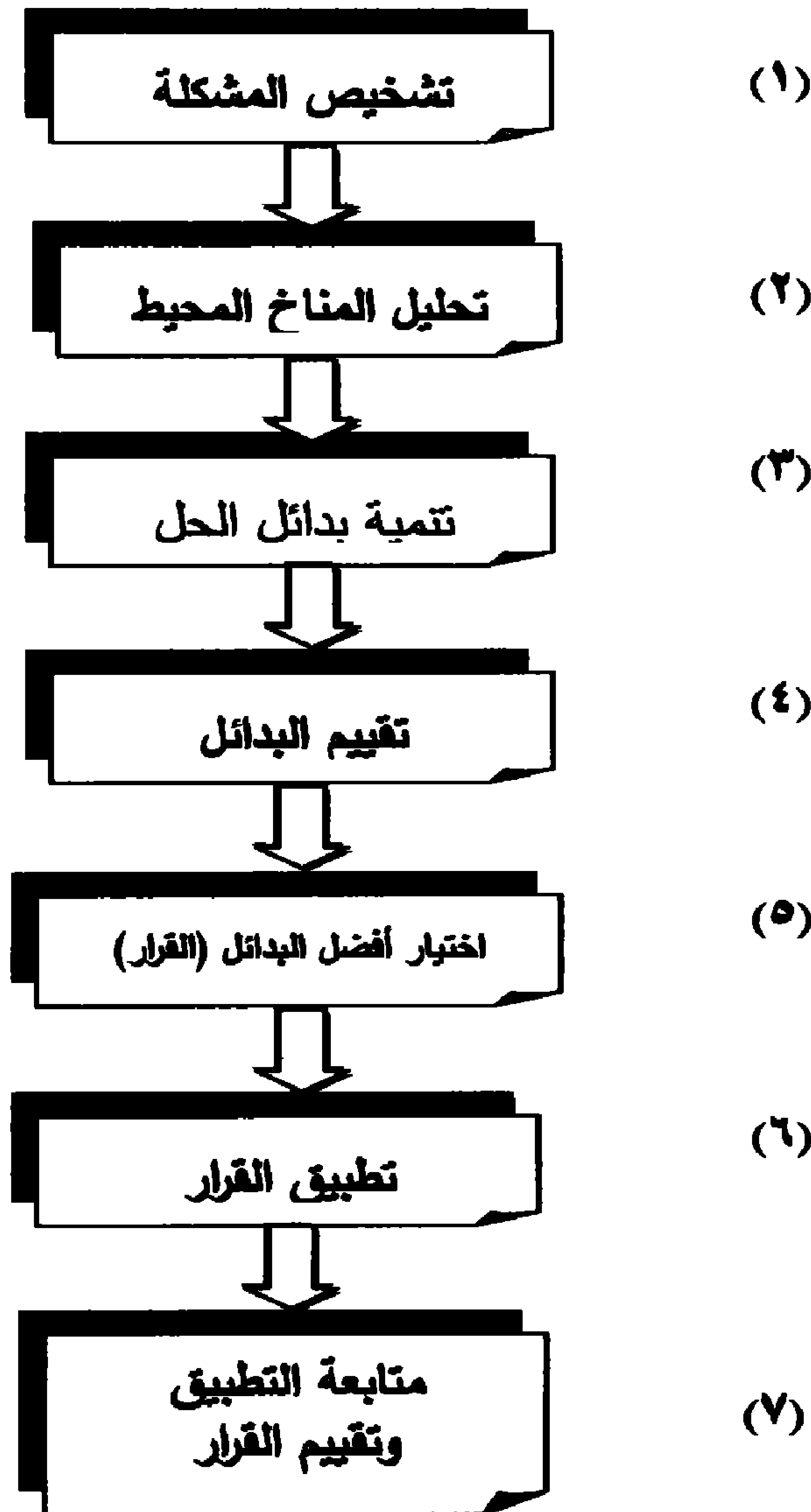
(٣) القرار التشغيلي : Operating Decision

يتميز القرار التشغيلي بالخصائص التالية :

- تتعلق القرارات التشغيلية ببيان التخصيص للمواد على العمليات ، كذلك العاملين والآلات ... وفيما يسمى بجدولة الإنتاج والعمليات .
- توضح القرارات التشغيلية مستويات المخرجات التي تعمل المنظمة على إنتاجها وذلك ببيان خصائصها وأبعادها ومقاساتها ودرجاتها وأشكالها التفصيلية .
- تعمل القرارات التشغيلية على ترشيد النفقات والتكاليف التي تتحملها المنظمة في سبيل عملياتها الإنتاجية ، سواء كانت هذه التكاليف ثابتة أو متغيرة للوحدة الواحدة ، أو لمجموعة الوحدات ، من العمل أو الطاقة ..
- عادة ما تكون القرارات التشغيلية لا مركزية ، حيث يتم اتخاذها على مستوى الإدارة والأقسام التشغيلية كل حسب ظروفه ومتطلباته .
- تتعلق القرارات التشغيلية بالمدى القصير ، فغالباً ما تكون هذه القرارات شهرية أو أسبوعية أو حتى يومية .
- تتخذ القرارات التشغيلية بصورة متكررة ، فقد تكون يومية كما سبق القول وذلك لضمان انتظام سير العمليات الإنتاجية .

ثالثا : مراحل عملية اتخاذ القرارات في مجال الخدمات الصحية :

تشتمل عملية اتخاذ القرار على العديد من المراحل التي يمر بها المديرين حتى يمكنهم الوصول إلى الحل الأفضل . فيجب تحديد المشكلة وتحليلها تمهيداً للتعرف على بدائل حلها ، ثم اختيار أفضل تلك الحلول واتخاذ القرار بتطبيقه ، ثم متابعته للتعرف على مدى كفاءته : ويوضح الشكل رقم (٢/٥) المراحل التي تمر بها عملية صنع القرارات واتخاذها .



شكل رقم (٢/٥)
مراحل عملية اتخاذ القرارات

(١) تشخيص المشكلة :

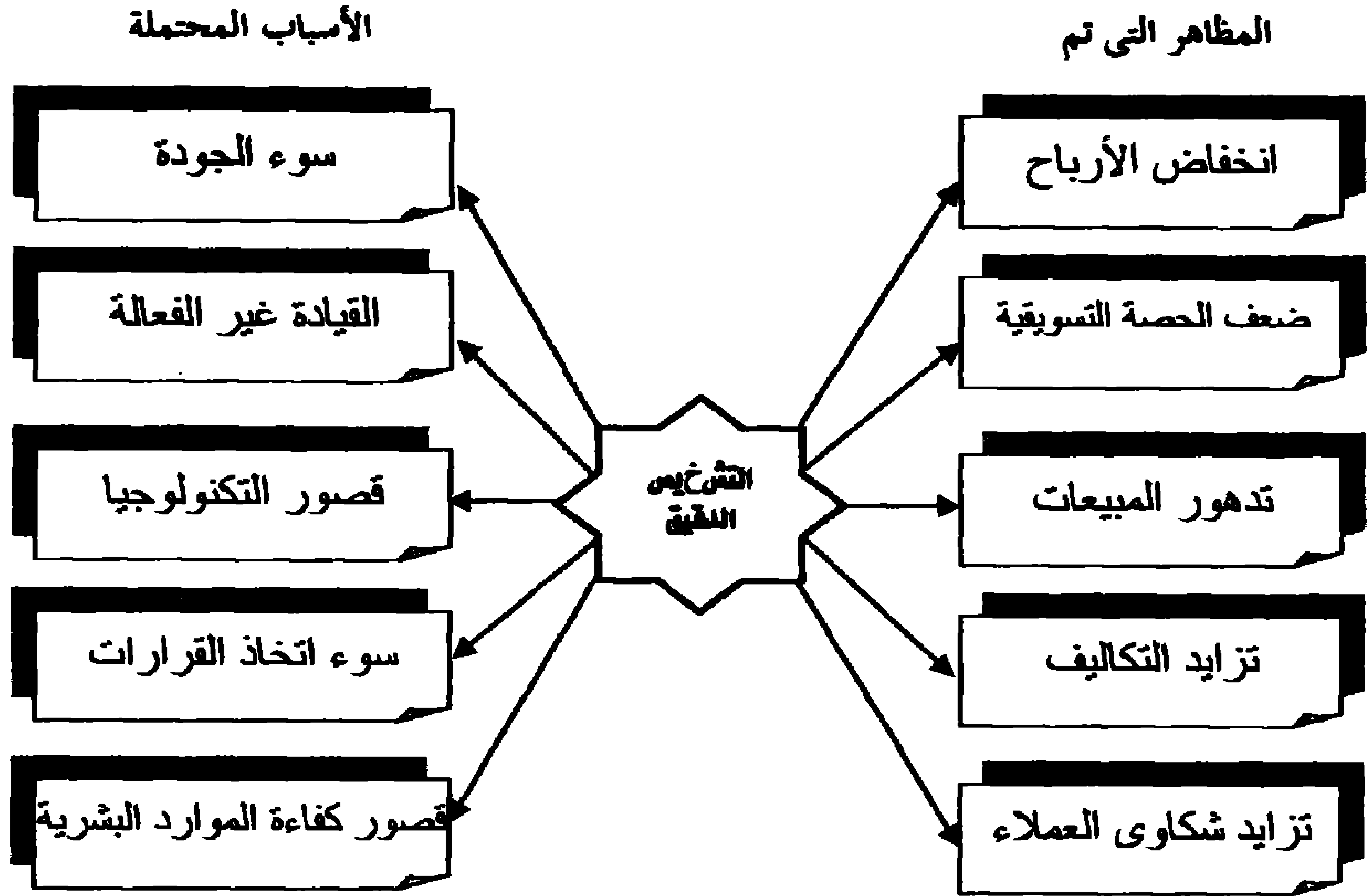
إن تحديد المشكلة وتشخيصها ليعد من النقاط الجوهرية في سبيل الوصول لحلها ، ويتم ذلك غالباً من خلال الوقوف على مظاهر وأعراض المشكلة ثم بالتحليل والتدقيق يمكن بيان الأسباب الأساسية التي أدت لحدوث هذه المظاهر، ولذا يجب التفرقة بين مظاهر المشكلة Symptom ، والأسباب التي تمثل أساس المشكلة Causes والمثال الطبى خير دليل على ذلك ، فالطبيب الماهر يبدأ بتشخيص حالة المريض من خلال الوقوف على الأعراض والمظاهر مستعيناً ببعض التحليلات الطبية والأشعات المصورة ليتمكن من تحديد العلاج (الدواء+ تصور للتصرفات التي يجب أن يتبعها المريض) المناسب ليستعيد المريض عافيته .

إن تحديد مظاهر المشكلة وأسبابها والفصل بينهما وتحليلهما بدقة هما السبيل الحقيقي أمام المديرين لحل المشكلات . وإذا خدع المدير في الفصل بينهما واختلط عليه الأمر في التفرقة بين المظاهر (التي تمثل شواهد وملاحظات متكررة للمشكلة) والأسباب (التي تعد الداء والعلة الحقيقية التي أدت لحدوث المشكلة) فلاشك سيكون هناك قراراً خاطئاً ولا يعالج المشكلة.

وفي منظمات الأعمال نجد أنه من المظاهر الشائعة الانتشار للمشكلات التي تواجه تلك المنظمات :

- انخفاض الأرباح .
- ارتفاع التكاليف
- ارتفاع معدلات غياب العاملين
- انخفاض جودة المنتجات
- ارتفاع حدة الصراع التنظيمي
- تزايد الضغوط التي يواجهها العاملين .

ويوضح الشكل رقم (٣/٥) العلاقة بين مظاهر المشكلة وأسبابها .



الشكل رقم (٥/٣)

العلاقة بين مظاهر المشكلة وأسبابها

إن تشخيص المشكلة بدقة يعد بمثابة قطع نصف الطريق في سبيل الوصول لحلها ، فالمشكلة المصاغة جيداً نصف محلولة ولا عجب إذا قال حكيم : إذا عرف الداء سهل وصف الدواء .

وعندما يواجه مدير التسويق – على سبيل المثال – مشكلة متعلقة بانخفاض المبيعات فنجده قد جلس يتساءل .

- ما هو حجم انخفاض المبيعات ؟ وما معدله كل فترة زمنية ؟
- ما هى المنطقة / أو المنتج / أو مندوب البيع الذى لديه هذا الانخفاض؟
- متى ظهر الانخفاض في المبيعات لأول مرة ؟
- ما نسبة الانخفاض عن المخطط ؟
- ما تأثير ذلك الانخفاض على التكاليف / والإيرادات والأرباح ؟
- ما هى الأطراف أو الأشخاص المؤثرة والمتأثرة بذلك الانخفاض؟

- ماذا عن تكرار هذا الانخفاض ؟
- هل هناك احتمال لانتقاله لمناطق أو منتجات أخرى ؟

(٢) تحليل المناخ المحيط بالمشكلة

لا يمكن للمديرين اقتراح أو تحديد المشكلة بدقة بعد دراسة الظواهر المحيطة ، وإنما يجب – إلى جانب دراسة وتحليل ما سبق – تقييم العوامل البيئة المحيطة التي يمكن لها أن تسهم في التشخيص الدقيق للمشكلة .

على سبيل المثال قد تتعرض المنظمة لتحقيق الخسائر بسبب تأثير بعض العوامل الخارجية التي لا يمكن السيطرة عليها كالمنافسة والتأثيرات الاقتصادية أو الاجتماعية وكذلك السياسية يمكنها أن تخلق مشكلات تعاني منها المنظمة ، كما قد تقدم لها الفرص الجديدة الواجب الاستفادة منها .

ويجب على متخذ القرار في هذه المرحلة أن يتعرض بالدراسة التحليلية لكافة القيود والضوابط الداخلية والخارجية التي تمثل حدود يجب الالتزام بها عند تشخيصه للمشكلة بالإضافة إلى كونها أسس وركائز يجب مراعتها عند اتخاذ القرار .

فالتغيرات السياسية والتسويقية ، والتغيرات الاقتصادية ، وطلبات وحاجات العملاء ، والمنافسة الخارجية ، واتفاقات التجارة الجديدة وغيرها من العوامل تؤثر بشكل جوهرى سواء في تشخيص المشكلة أو اتخاذ القرار بعلاجها .

بالإضافة إلى تلك العوامل يواجه المديرون العديد من القيود والضوابط الداخلية كالعلاقة بين الملاك والمديرين ، وتوزيع الأرباح وتضارب أهداف الإدارات والأقسام ... وغيرها .

افتراضات المشكلة :

تحاول كل منظمة تجنب القيود ومعالجتها بما يؤدى لحل المشكلة ومعالجتها. ولهذا يجب وضع الافتراضات التي تسهم في توقع حل المشكلة . ويمثل الافتراض ما الذي يجب أن تفعله أو لا تفعله.

وفي هذه المرحلة تتزايد أهمية جمع البيانات وتحليلها من مصادرها المختلفة بحسب متطلبات دراسة لمظاهر والأسباب المتعلقة بالمشكلة ، وقد تكون البيانات المطلوبة :

١- **بيانات أولية** Primary date ويتم جمعها من الميدان لأول مرة وذلك من أجل هذه المشكلة بصفة أساسية .
٢- **بيانات ثانوية** Secondary date وهى البيانات السابق تجميعها ونشرها لأغراض أخرى غير المشكلة التي يتم دراستها وتحليلها .

وييم تجميع البيانات عن طريق :
١- الاستقصاء و/أو ٢- المقابلات و/أو ٣- الملاحظة
وقد تتمثل البيانات في :
١- حقائق ٢- اتجاهات
٣- آراء ومقترحات ، ويجب على المديرين أن يبنوا قراراتهم على الحقائق البينة ، مستعينين أحياناً بالآراء والاتجاهات إذ تطلب القرار ذلك .

ويمكن القول أن المدير لن يمكنه الحصول على كافة الحقائق الواجب توافرها أمامه لاتخاذ القرار ، فأغلب القرارات تبنى على معرفة غير كاملة إما بسبب عدم إتاحة المعلومات وتوافرها أو لارتفاع تكلفة الحصول عليها أو لحاجتها لوقت طويل يفوق المتاح لاتخاذ القرار . ولذا على متخذ القار التعرف على المعلومات الناقصة حتى يساعده ذلك في الوقوف على درجة المخاطرة التي ينطوى عليها القرار ، وقد يتطلب الأمر قدراً من التوقع والتخمين بمراعاة الحرص وسرعة التصرف .

(٢) تنمية بدائل الحل Develop Alternatives
يتضمن اتخاذ القرار في معظمه المشكلة – الحل ، ويمكن للمديرين أن يصلوا لإجابات عن هذه أو تلك بطرق عديدة ، ومن ثم فعند تنمية بدائل الحل قد تجد عدة تساؤلات وإجابات عليها تبنى أحياناً على حقائق ووقائع محددة ، وأحياناً أخرى على حدس وبصيرة نافذة (مبنية على الخبرة) وقد يكون الحل على المدى القصير أو على المدى الطويل ، هذا ومن الممكن أيضاً أن يكون حلاً واضحاً جلياً للجميع وقد يكون غامضاً لا يظهر مختلف أبعاده وتأثيراته إلا بعد اختباره وتطبيقه كطرح منتج جديد في السوق والانتظار للتعرف على تأثيره على الحصص والتسويقية .

إن التحديد الدقيق للمشكلة وتشخيصها بمنتهى الوضوح يسهم إلى حد كبير في تنمية بدائل الحل ، ويجب على متخذ القرار أن يهتم بتلك المرحلة اهتماماً بالغاً فلا يفوته إدراج أحد البدائل تمهيداً لتقييمها واختيار إحداها. ويتأثر عدد البدائل التي يمكن إدراجها على بعض العوامل منها :

١- طبيعة المشكلة التي يتم دراستها .
٢- إمكانية التطبيق في الواقع العملى .
٣- الوقت المتاح أمام متخذ القرار .
٤- التكلفة اللازمة للبحث عن البدائل .
٥- مدى الرغبة والجدية في حل المشكلة .
٦- الإمكانات البشرية والمادية المتاحة أمام متخذ القرار .
٧- البيئة والمناخ المحيط بمتخذ القرار .

إن تنمية بدائل الحل تحتاج غالباً إلى قدر كبير من التفكير الإبداعي والابتكار للوصول إلى عدد أكبر من الحلول تمهيداً لاختيار البديل الأفضل من بينها ، ومن أهم الأساليب التي يمكن الاعتماد عليها لتوليد أكبر عدد من الأفكار:

- العصف الذهنى Brains Torming
- المجموعات الاسمية Nominal Groups
- أسلوب الدلفي Delphi Techirque

إن تنمية الأفكار الجديدة والاعتماد على التفكير الابتكارى لتنمية بدائل الحل لا يعنى رفض التفكير التقليدى لمجرد أنه يمثل النمط المنطقى والتقليدى، كما لا يجب أن تقبل الأفكار الجديدة لأنها فقط جديدة .

إن معظمنا يمتلك الخيال والتصور الذى يمكنه من البحث عن أكثر من بديل لحل المشكلة ، وإن قلة مقدرته على ذلك فهو في حاجة إلى التدريب المنظم لتنمية القدرة على التخيل والتصور وتنمية الحلول البديلة لمشكلة ما.

إن عدم اتخاذ قرار يعتبر في حد ذاته قراراً كاملاً شأنه في ذلك شأن القيام باتخاذ إجراء معين ، ومع ذلك قليلا ما يدرك المديرين ذلك وعندئذ فإنهم يكونون قد تجنبوا قراراً غير مرغوب فيه عن طريق عدم فصل أى شيء

(٤) تقييم البدائل Evaluate Alternatives

تشير عملية تقييم البدائل إلى تحليل كل بديل للتعرف على مزاياه وعيوبه ، قوته وضعفه ، ما يترتب عليه من إيجابيات وسلبيات ، ولا تتم هذه العملية دون الاعتماد على المقارنة بين البدائل ووجود المعايير الدقيقة والمحددة والواضحة والمتفق عليها .

وتتطلب هذه المرحلة من المديرين الإدراك الواعى والرؤية الثاقبة للأمور المستقبلية ، فتطبيق الحل سيكون في المستقبل وستجنى المنظمة المزايا والعوائد أو تتحمل العيوب والأعباء مستقبلاً ، ومن ثم فالأمر يتطلب قدراً دقيقاً من التنبؤ والتوقع لما في هذا المستقبل من عوامل ومتغيرات .

كما تتطلب هذه المرحلة أيضاً تحديد المعايير Criteria الواجب الالتزام بها عند إجراء عملية المفاضلة بين البدائل المطروحة والمحددة في الخطوة السابقة، ومن أهم تلك المعايير :

- الكفاءة **Sufficiency** : يتسم البديل بالكفاءة إذا كان يمكن احتواء المشكلة أو انتهاز الفرصة المتاحة .
- الجدوى Feasibility : ويشير هذا المعيار للعوائد والمكاسب التي يمكن أن تتحقق إذا تم تبنى هذا البديل .
- إمكانية التطبيق Realism : ويمثل هذا المعيار القدرة على تطبيق البديل في ظل الموارد والامكانات المتاحة للمنظمة وكذلك القيود المفروضة عليها بالداخل والخارج .
- المخاطرة Risk : تتضمن معظم البدائل عنصر المخاطرة المتعلق ببذل الجهود والاستثمارات والأفكار في ظل ظروف معينة وانتظار نتائجها
- الوقت Time : يمثل الوقت أحد المعايير الهامة للمفاضلة فيما بين البدائل المطروحة .
- التكاليف Costs : وتشير إلى ما يتحمله متخذ القرار من أعباء مختلفة خاصة ما يرتبط بالتكاليف المالية وتوزيعها الزمنى .
- التفضيلات والقيم الشخصية Values : وتشير إلى القيم والمعتقدات والاتجاهات الشخصية لمتخذ القرار كالقيم الاجتماعية والاقتصادية والفكرية والسياسة ... وغيرها .

فإذا فرضنا مثلاً أننا بصدد اختيار تصميم جديد لإحدى منتجات الشركة، وكانت هناك ثلاثة اختيارات ووضع المديرين عدة معايير وتحددت لكل معيار الأوزان المناسبة له كالتالى :

- الحداثة : ٣٠
- التكاليف : ٢٠
- الاقتصاد في الجهد : ١٥
- مواكبة توقعات العملاء : ٢٥
- الوقت : ١٠

ومن خلال الجدول التالي يمكن إجراء عملية التصميم فيما بين الخيارات الثلاثة للتصميم .

المعايير	الأوزان	التصميم الأول	التصميم الثانى	التصميم الثالث
الحداثة	٣٠	٣٠	٢٧	٢٦
التكاليف	٢٠	١٥	١٩	١٨
مواكبة توقعات العملاء	٢٥	٢٢	٢٢	٢٠
الاقتصاد في الجهد	١٥	١١	١٥	١٤
الوقت	١٠	١٠	٠٩	٠٨
الاجمالى	١٠٠	٨٨	٩٢	٨٦

ومن التقييم المبسط في الجدول السابق يتضح أن التقييم الثانى هو أفضل الخيارات الممكنة

(٥) اختيار أفضل البدائل (القرار) Make a choice

في هذه المرحلة يترجم المديرون جهودهم السابقة إلى اختيار أفضل البدائل Optimal ذلك الذى يتيح أكبر قدر من الفوائد والمزايا المحتملة ويقلص السلبيات والعيوب إلى أقل ما يمكن .

ويلجأ معظم المديرين إلى استخدام المعايير المالية والكمية عند اتخاذهم للقرارات وذلك بغية الوصول إلى قرارات فعالة .

ويجب أن يتسم القرار الخاص باختيار أحد البدائل بالسمات التالية :

- تحقيق الأهداف الجوهرية الصادر من أجلها .
- الملاءمة والامكانات المتاحة .
- تقليل الآثار السلبية عند التطبيق .
- الاهتمام بدراسة عنصر المخاطرة في مراحل التنفيذ المختلفة مستقبلاً .
- توفير الوقت والجهد بالمقارنة مع الخيارات الأخرى .

(٦) تطبيق القرار Implement the Decision

من خصائص القرار الإدارى أنه ينفذ عن طريق جهود أفراد آخرين ، فالمدير يتخذ القرار ولكنه لا يقوم بتنفيذه بنفسه فهو يحدد المشكلة والأهداف ويصنع الأسس والقواعد ويحلل المعلومات والبيانات ويحدد البدائل ويقيمها ويختبرها ويوازن بينها ويختار أفضلها ، ثم تبدأ مرحلة التنفيذ عن طريق جهود الآخرين .

إن تحويل القرار إلى عمل فعال يتطلب تفهم الأفراد للتغيير المتوقع في سلوكهم وتصرفاتهم والمطلوب منهم حسب مراحل التنفيذ والاحتياجات والإمكانات الضرورية لتطبيق القرار .

ومن الأمور الجديرة بالذكر أن مشاركة العاملين في صنع القرار يعد من وسائل التحفيز والترغيب التي تسهم في جعل العاملين يشعرون بأن القرار هو قرارهم وآرائهم هذا إضافة إلى أنها تؤدى لتحسين نوعية القرار النهائى لأنها تساعد في إظهار النقاط والصعوبات أو الموارد المتاحة وغير المستغلة والتي قد لا تكون معروفة لمتخذ القرار .

(٧) متابعة التطبيق وتقييم القرار Evaluate and Adapt Decision Results

تهتم الخطوة الأخيرة في عملية اتخاذ القرار بمتابعة عمليات التطبيق وتقييم النتائج أولاً بأول ، حيث تبين الرقابة على التنفيذ مدى جودة القرار ودوره في حل المشكلة موضوع القرار ، هذا إلى جانب أن المتابعة تظهر مدى الانحراف عن المخطط سعياً إلى السرعة والدقة في معالجة الانحرافات السلبية والتعرف على أسبابها حتى لا تتفاقم ويصعب مواجهتها.

ومن الأمور **الواجب مراعاتها** عن التطبيق :

- تحقيق التكيف بين النتائج المتوقعة للقرار والظروف والمناخ المحيط بما يضمن أقصى درجة من النجاح عند التطبيق .
- كسب تأييد المنفذين للقرار من خلال تدعيم سلوكهم الإيجابى وتحفيزهم والتدخل بشكل بناء لعلاج الأخطاء .
- السرعة والدقة في مواجهة المتغيرات الجديدة بما يسهم في استمرار تنفيذ القرار ولو تطلب الأمر بعض التعديلات المادية أو البشرية أو المعنوية .

يعتقد الكثيرون أن مهمة متخذ القرار تنتهي باتخاذ القرار أو بالاختيار من بين البدائل المتاحة وفى حقيقة الأمر فإن هذا الاعتقاد غير صحيح حيث أن الأمر يستلزم

متابعة نتائج التنفيذ للتعرف على مدى نجاح البديل المختار في علاج المشكلة أو تحقيق الهدف المرغوب فيه. فقد تكشف نتائج متابعة التنفيذ عن ضرورة إعادة النظر في القرار المتخذ أو ضرورة إصدار قرارات جديدة في ضوء ما يستجد من أحداث أو ظروف لم تؤخذ في الحسبان عند إصدار القرار الأول .

ومن الأمور الواجب مراعاتها في هذه المرحلة أن تنفيذ القرارات يتم من خلال مجهودات الآخرين (موظفين وعمال) وحتى نضمن تفهمهم لطبيعة القرار ومحتواه فإنه ينبغي إعداد التعليمات والإرشادات الكافية لذلك. كما يتطلب الأمر ضرورة تهيئة البيئة المناسبة لتنفيذ القرار، إضافة إلى اتخاذ الخطوات أو الإجراءات اللازمة للتحقق من أن التنفيذ يتم وفقا للخطة المرسومة وفى حدود التعليمات والقواعد الموضوعة لذلك.

لكي يكون القرار الإداري مفهوما من جانب المسئولين عن التنفيذ وحتى نتجنب مخالفة الآخرين لتعليمات وقواعد التنفيذ وضمانا لفعالية القرار ومساهمته في تحقيق الأهداف المرجوة منه فإن هناك مجموعة من الأركان أو السمات الواجب مراعاتها في صياغة وإصدار القرار. ويمكننا تصنيف هذه الأركان أو السمات إلى مجموعتين هما الأركان القانونية والأركان الفنية

٥-١ الأركان القانونية:

ويقصد بالأركان القانونية للقرار مجموعة السمات و الخصائص التي تشمل مشروعية القرار وعدم مخالفته للقوانين أو اللوائح أو التعليمات الصادرة عن الجهات العليا ومن أهم هذه الأركان ما يلي :

أ- **السبب**: بمعنى أن يكون لكل قرار أسبابه أو مبرراته وأن تكون هذه الأسباب أو المبررات مستمدة من الواقع الفعلي للمستشفى أو نتيجة شكاوى وتظلمات المرضى أو العاملين فيها أو من أجل الارتقاء بأسلوب العمل بها أو لمعالجة مشكلة تعانى منها أو هدف محدد تسعى إليه. ولا يشترط النص في القرار الإداري على مسبباته ولكن إصدار القرار ذاته يجب أن يكون له بواعثه

ب- **الشكل**: ويتعلق هذا الركن من الأركان القانونية للقرار بالمظهر الخارجي للقرار وكيفية صياغته أو الإعلان عنه أو إجراءات إصدار القرار نفسه. فقد يكون القرار مكتوبا وقد يعلن عنه شفاهة. ومن القرارات ما يستوجب إتباع إجراءات معينة قبل إصدارها فالقرارات التأديبية على سبيل المثال غالبا ما تستوجب إجراء تحقيق قبل اتخاذها وقرارات الشراء تستوجب الإعلان و الحصول على عروض من الموردين أو تشكيل لجنة وما إلى ذلك من الإجراءات .

ج- **الاختصاص النوعي**: ويقصد بالاختصاص النوعي هنا أن يصدر القرار من السلطة المختصة وفى حدود الاختصاصات الوظيفية لمتخذ القرار. والاختصاص النوعي قد يتعلق بموضوع القرار. مثلا إنهاء الخدمة والخصم من الراتب توقيع العقوبات.. وغير) وقد يتعلق الاختصاص النوعي بالمدى الزمني

للقرار (مثال ذلك استرداد المبالغ المدفوعة للموظف بدون وجه حق ، تسوية الإجازات وغيرها) وقد يرتبط الاختصاص النوعي بالمكان أو النطاق الإقليمي الذي تقع فيه صلاحيات متخذ القرار (القسم . الإدارة)

د- **المشروعية**: ويقصد بها أن يكون موضوع القرار أو الآثار المترتبة عليه مشروعة أو جائزة من الناحية القانونية وذلك حتى لا يتعرض القرار للحكم ببطلانه .

هـ- **الهدف** : ويعنى أن يكون لكل قرار هدف أو غاية واضحة يسعى إليها وأن يكون الهدف في إطار المصلحة العامة للمستشفى أو العاملين بها أو من أجل خدمة أو معالجة موقف بذاته حتى وإن كان فرديا .

٥-٢ الأركان الفنية :

ويقصد بالأركان الفنية للقرار مجموعة العناصر التي تتعلق بترشيد وفعالية القرار الإداري ، وتدور هذه العناصر حول محورين أساسيين هما السلامة والقبول .

أ- السلامة: تعنى جدوى القرار وملاءمته لتحقيق الهدف منه واتخاذ بناء على معلومات وتحليلات كافية وموضوعية

ب- القبول: يعنى الاستعانة بآراء من يمسهم القرار وضمان تعاونهم في تنفيذه أو إقناعهم بأهميته وجدواه وإيضاح الأهداف المنشودة منه أو مجموعة الظروف والاعتبارات المرتبطة بالموقف المحيط به

مما لاشك فيه أن إستراتيجية أي مؤسسة صحية توضع فى ضوء مجموعة من المتغيرات الداخلية والخارجية والتي تمثل في مجموعها البيئة المحيطة بهذه المستشفى وتقاس فعالية متخذ القرار في اتخاذ القرارات على أساس قدرته على الابتكار، ومهارته في تحقيق ثلاثية أهداف رئيسه هي :

١- التكيف مع عناصر البيئة الداخلية والخارجية التي تحيط بالمؤسسة الصحية.
٢- التنبؤ بدرجة التغير المتوقعة في البيئة المحيطة بالمؤسسة الصحية والاستعداد لمواجهتها.
٣- استخدام القوى التي يمكن التحكم فيها لمساعدته في التكيف مع المتطلبات البيئية الداخلية منها والخارجية.

وفى النهاية توجد مجموعة من الأسئلة التي تضمن فاعلية ما تتخذه من قرارات ، وعليك التوصل إلي إجابات محددة عن الأسئلة التالية :

من	من الذي يتخذ القرار؟ من المسئول عن نتائجه ؟ من الذي ينبغي أن يحاط علما به بعد صدوره ؟ من الذي سينفذه ؟ من الذين يمسهم القرار أو يتعلق بهم ؟
ما	ما هي التجارب السابقة التي يسترشد بها في اتخاذ القرار؟ ما هي المعلومات والبيانات المطلوبة لاتخاذ القرار؟ ما هي المعلومات والبيانات المتاحة؟ ما هي المعلومات والبيانات الناقصة؟ ما هي البدا نل المختلفة للقرار؟ ما هي المزايا المنتظرة من وراء القرار؟ ما هي الأضرار المحتملة عند اتخاذ القرار؟
أين	أين يتوفر المستشارون الذين يمكن طلب مشورتهم؟ أين تتوفر المعلومات المطلوبة؟
متى	متى يكون الوقت مناسباً أو متأخرا لاتخاذ القرار؟ متى يبدأ تنفيذ القرار؟ متى تبدأ متابعة تنفيذ القرار؟
كيف	كيف يتخذ القرار (فرديا – جماعيا) ؟ كيف تتحقق ديمقراطية القرار مت كان ذلك ممكنا ؟ كيف يبلغ القرار للمتخصصين ؟ كيف ينفذ القرار بعد صدوره ؟ كيف يتابع القرار وكيف نضمن قبول العاملين به ؟

رابعا : العوامل المؤثرة في عملية اتخاذ القرارات :

تتأثر عملية اتخاذ القرارات بالعديد من العوامل والمتغيرات منها ما يتعلق بالمشكلة ذاتها ، ومنها ما يتعلق بالبيئة التي يتم فيها اتخاذ القرار ، هذا بالإضافة للعوامل الشخصية المتعلقة بمتخذ القرار، ويوضح الشكل رقم (٤/٥) العوامل المؤثرة في عملية اتخاذ القرارات والتي يمكن بيانها على النحو التالي :

أولاً : العوامل المتعلقة بالمشكلة :

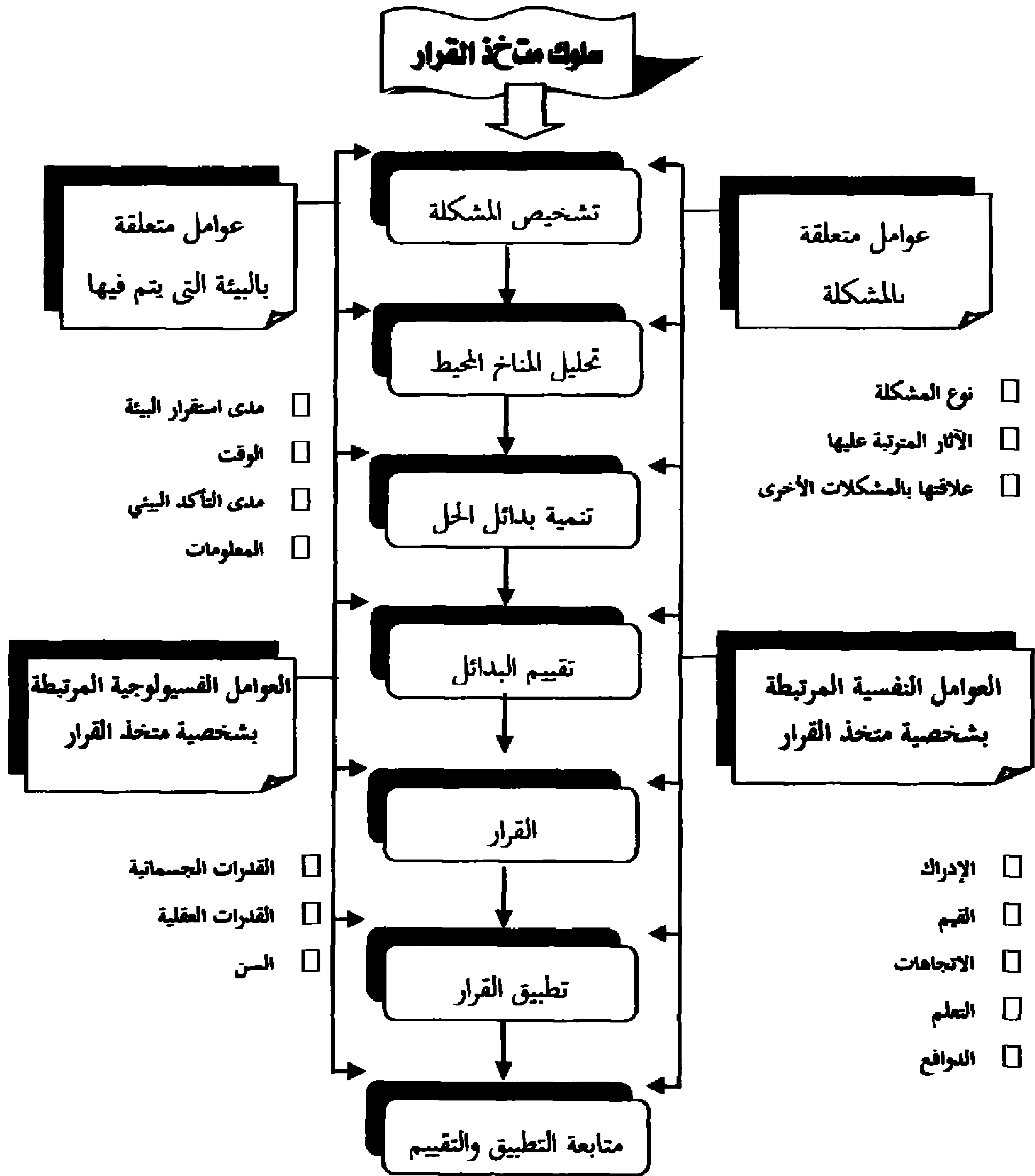
تؤثر المشكلة على عملية اتخاذ القرارات وذلك من حيث : نوع المشكلة والآثار المترتبة عليها ، والأطراف المؤثرة والمتأثرة بها وعلاقتها بغيرها من المشكلات التي يعانى منها التنظيم .

ثانياً : العوامل المتعلقة بالبيئة :

تؤثر البيئة المحيطة بكافة متغيراتها على عملية اتخاذ القرارات ، فالبيئة المستقرة تختلف عن البيئة الديناميكية ، وظروف الوقت من حيث مدى اتساعه أو ضيقه لها تأثيرها البين على القرار ، كذلك مدى التأكد أو عدم التأكد والبيانات والمعلومات المتوافرة في تلك البيئة سواء كانت داخلية أو خارجية ... كلها من العوامل البيئية المؤثرة على القرار .

ثالثاً : العوامل المتعلقة بشخصية متخذ القرار :

هناك العديد من العوامل الخاصة بشخصية متخذ القرار فهناك عوامل تتصل بالنواحي النفسية كالإدراك والقيم والدوافع ، وعوامل أخرى تتصل بالنواحي الفسيولوجية كالقدرات الجسمانية والقدرات العقلية وسن متخذ القرار وغيرها.



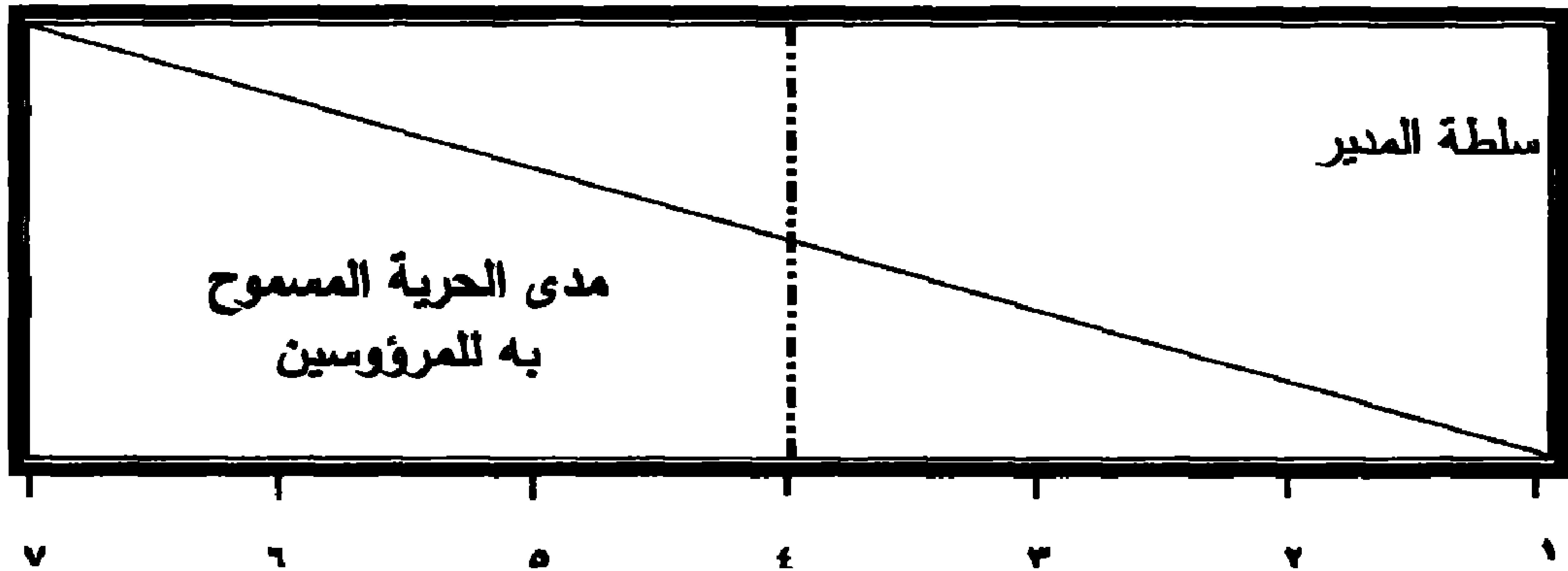
شكل رقم (٤/٥)
العوامل المؤثرة في عملية اتخاذ القرار

خامسا : المشاركة في اتخاذ القرارات :

تقتضي ظروف الموقف أحياناً تركيز سلطة اتخاذ القرارات في يد شخص واحد ، وأحياناً أخرى يتم الاعتماد على المشاركة في اتخاذ القرارات .

ومن بين مزايا المركزية في اتخاذ القرارات الحسم في اتخاذ القرارات الجوهرية والحرجة ورسم السياسات الرئيسية للمنشأة وتيسير عملية الرقابة وسهولة التنسيق بين السياسات ومراعاة عوامل الوقت والسرية وغيرها من العوامل .

أما من حيث مزايا المشاركة في اتخاذ القرار فهي عديدة ومن بينها شعور الأعضاء بالمكانة والأهمية ، وتقبلهم لعمليات التغيير ، وسهولة إرشادهم وتوجيههم ، وزيادة الكفاءة في الأداء وتحسين الإنتاجية والتوصل إلى قرارات فعالة نتيجة الاستفادة من خبرات العديد من الأفراد . ويوضح الشكل رقم (٥/٥) مدى المشاركة في اتخاذ القرارات



الشكل رقم (٥/٥)
مدى المشاركة في اتخاذ القرارات

وفي مجال المشاركة في اتخاذ القرارات هناك **سبعة أنماط إدارية** هي :

- **النموذج الأول** : وفيه ينفرد المدير بصنع القرار ويعلن المرؤوسين به لتنفيذه. وفي هذه الحالة يقوم المدير بتحديد المشكلة وتحديد البدائل وتحليلها واختيار البديل الأمثل من وجهة نظره ، ثم يخطر مرؤوسيه لتنفيذه . وقد يعطي المدير وزناً أو لا يعطي لما يفكر فيه أو يشعر به مرؤوسيه بالنسبة لقراره ، ولكنه على أية حال لا يتيح لهم أية فرصة للمشاركة بطريقة مباشرة في عملية اتخاذ القرارات . وقد يلجأ المدير إلى إجبار المرؤوسين على قبول القرار الذى اتخذه أو على الأقل يلوح بذلك .
- **النموذج الثاني** : وفيه ينفرد أيضاً المدير بصنع القرار ولكنه يحاول الترويج له مقدماً لدى مرؤوسيه كي يحصل على تأييدهم وقبولهم للقرار. وفي هذا النموذج يقوم

المدير بتحديد المشكلة وأيضاً باقي الخطوات للوصول إلى القرار . لكن بدلاً من مجرد الاكتفاء بإعلان المرؤوسين به فإنه يقوم بخطوه أخرى نحو أغراء المرؤوسين لقبول القرار . وقيامه بذلك يعتبر اعترافاً منه بإمكانية وجود بعض المقاومة من جانب المرؤوسين ولذلك فإنه يحاول احتواء هذه المقاومة بأن يوضح لهم مثلاً ما يمكن أن يعود عليهم من فوائد نتيجة تطبيق هذا القرار .

- **النموذج الثالث** : وفيه يعرض المدير قراراه على المرؤوسين ويقوم بشرح وجهة نظره ويعطي فرصة كافية للاستفسار وسماع الآراء إلا أنه قلماً يقوم بتعديل القرار . وفي هذا النموذج نجد أن المدير توصل إلى قرار ويسعى إلى الحصول على تقبل مرؤوسيه له ، ولهذا فإنه يتيح لهم الفرصة على توضيح أشمل عن تفكيره ونواياه . وبعد عرض آرائه فإنه يدعو إلى الأسئلة بحيث يستطيع مرؤوسيه من خلال الإجابة عنها فهم ما يريد تحقيقه بشكل أفضل ، وهذا الأخذ والعطاء يساعد المدير وأيضاً مرؤوسيه في اكتشاف ما يتضمنه القرار بشكل أوفي .
- **النموذج الرابع** : يضع المدير قرار مبدئياً قابلاً للتعديل ، وبعد سماع الآراء والمقترحات فإنه يقرر ويتحمل المسئولية ، ويسمح هذا النوع من السلوك من جانب الرئيس للمرؤوسين بممارسة بعض التأثير بالنسبة للقرار . وتبقي المبادأة في تحديد وتشخيص المشكلة في يد المدير وقبل أن يلتقي بمرؤوسيه فإنه يكون قد فكر في المشكلة وتوصيل إلى قراره ولكنه قرار مبدئي وقبل أن يصبح القرار نهائياً فإنه يعرض الحل المقترح لمعرفة رد فعل أولئك الذين سيتأثرون به ، وكأنه يقول في الواقع أحب أن اسمع ما لديكم بخصوص هذا القرار الذى توصلت إليه وسأقدر استجابتكم الصريحة ولكن سأحتفظ لنفسى باتخاذ القرار النهائي .
- **النموذج الخامس** : يعرض المدير المشكلة على المجموعة ويحصل على مقترحاتهم بخصوص البدائل الممكنة لحل المشكلة ، وتصبح وظيفة المجموعة العمل على زيادة حصيلة المدير من بدائل الحلول الممكنة بالنسبة للمشكلة .
- **النموذج السادس** : حيث يترك المدير للمجموعة اتخاذ القرار في ضوء الحدود التي يضعها لهم ، وفي هذا النموذج فإن المدير يخول للمجموعة اتخاذ القرار (وشارك باعتباره عضواً فيها) ولكن قبل القيام بذلك فإنه يحدد المشكلة المطلوب حلها ، والحدود التي يجب أن يتخذ القرار في إطارها ، بمعني أنه يصبح الإجماع هو القرار في نطاق الحدود التي رسمتها الإدارة .
- **النموذج السابع** : وهذا النموذج يمثل درجة متطرفة بالنسبة لحرية المجموعة ، وتحدث أحياناً عندما يقوم فريق البحث بتحديد وتشخيص المشكلة وتحديد البدائل وتحليلها وتقرير الحل المناسب وعرضه على المدير لاتخاذ القرار .

سادسا : نظم دعم القرار في الخدمات الصحية

يتمثل المفهوم الرئيس لنظم دعم القرار في تقديم نظام يسمح بالتفاعل المباشر بين الحاسب الآلي ومتخذ القرار دون الحاجة إلى وساطة خبراء المعلومات أثناء عملية الاستخدام. ونتناول هنا مفهوم نظم دعم القرار وخصائصها ، ثم نستعرض أهدافها ، ونوضح الخطوات المنهجية لتطبيق نظم دعم القرار في الخدمات الصحية ، ثم نتناول أنواع نظم دعم القرارات ومكوناتها.

مفهوم نظم دعم القرارات وخصائصها :

تختص نظم دعم القرارات بدعم متخذي القرارات عن طريق توفير البيانات والنماذج اللازمة لحل المشكلات غير المهيكلة وشبه المهيكلة.

وفي الوقت الذي يعرفها البعض تعريفاً عاماً شاملاً بأنها "أي برنامج يساعد المدير على اتخاذ القرار" نجد أن آخرين يحددون مواصفات معينة لتلك النظم بما يقصرها على مجموعة قليلة من البرامج ويعرفها كيين وسكوت مورتون (١٩٧٨) Keen & Scott – Morton على أنها نظم تربط بين الامكانيات الفكرية للأفراد والقدرات الالكترونية للحاسب الآلي بهدف تحسين جودة القرارات المتخذة بالنسبة للمشكلات شبه المهيكلة. ويعرفها سبراجيو وكارلسون (١٩٨٢) Sprague & Carlson على أنها نظم تخاطبيه تقوم على استخدام الحاسب الآلي في مساعدة متخذي القرارات في حل المشكلات التي تواجههم والتي لا يمكن تحديد إطارها بدقة عن طريق استخدام البيانات والنماذج لحل تلك المشكلات.

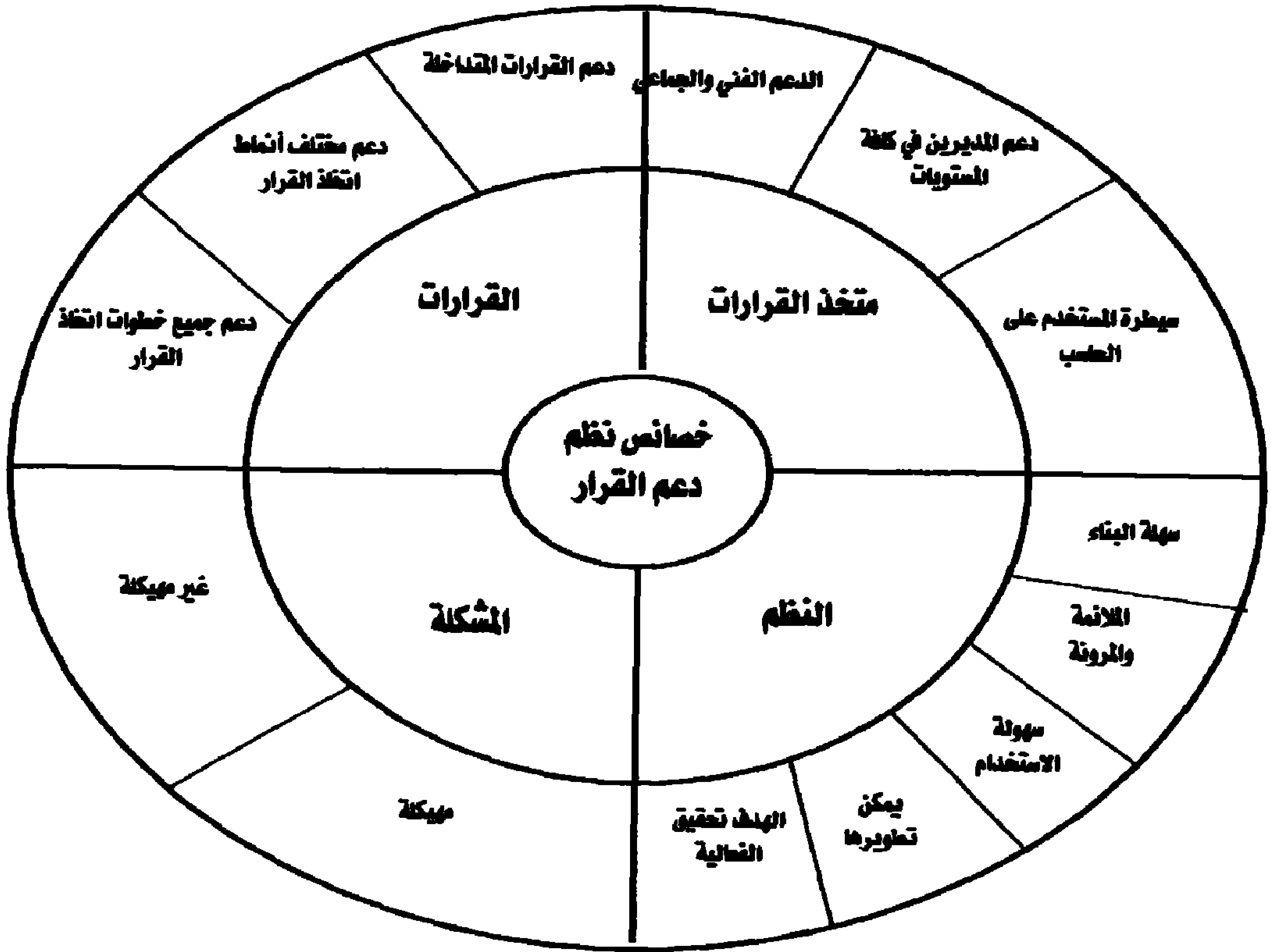
ويعرفها توربان (١٩٩٠) Turban على أنها نظم تخاطبيه ، مرنة تقوم على استخدام الحاسب الآلي ويتم تطويرها خصيصاً لدعم التوصل إلى حلول المشكلات الإدارية غير المهيكلة بغرض تحسين عملية اتخاذ القرارات. وتستخدم هذه النظم البيانات ، وتتيح الطرق السهلة للمستخدم ، وتمكن من أخذ رؤية متخذ القرارات نفسه في الحسبان. وأخيراً ستير (١٩٩٢) Stair بأنها مجموعة منظمة من الأفراد والإجراءات وقواعد البيانات والأجهزة التي تدعم اتخاذ القرارات الخاصة بحل المشكلات ، والتي تركز على تحقيق الفاعلية في اتخاذ القرارات في مواجهة مشكلات الأعمال ذات الطبيعة شبه أو غير المهيكلة.

وفي ضوء ما سبق يمكن بيان بعض الملامح الأساسية التي تميز نظم دعم القرار عن غيرها من نظم المعلومات المبنية على الحاسب الآلي ، وذلك على النحو التالي :

١- التركيز على القرارات شبه أو غير المهيكلة ، التي تتخذ في المستويات الإدارية العليا في المنظمات.
٢- التركيز على خاصية التفاعل ، والمرونة والقدرة على التكيف مع متطلبات متخذ القرار ، والاستجابة السريعة لاحتياجاته.
٣- إمكانية بدء التشغيل والتحكم في العمليات ، بواسطة المستخدم النهائي ، فضلاً عن الألفة في إجراء هذه العمليات.
٤- دعم عمليات كل من اتخاذ القرارات الفردية ، واتخاذ القرارات التنظيمية.
٥- التركيز على جودة وفعالية القرار.
٦- التكامل مع نظم المعلومات الأخرى مثل نظم معالجة البيانات ، ونظم المعلومات الإدارية.

ومن أهم خصائص نظم دعم القرارات :

تتميز نظم دعم القرارات في الخدمات الصحية بعدة خصائص ، كما هو مبين في الشكل رقم (٥/٦) ، ومن أهمها :



الشكل رقم (٥/٦)

أهم خصائص نظم دعم القرارات في الخدمات الصحية

١- تقوم على التفاعل بين المدير والنظام.

٢- تعتمد على استخدام الحاسبات.

٣- تستخدم البيانات والنماذج في ترشيد اتخاذ القرارات.

٤- تهدف إلى المساعدة في اتخاذ القرارات بخصوص المشكلات شبه أو غير المهيكلة.

٥- تحاول الربط بين استخدام النماذج والطرق التحليلية مع الطرق التقليدية للتوصل إلى البيانات وطرق استخلاصها.

٦- تركز على الخصائص التي تمكن من لا يتوافر لديهم خبرة بالحاسب الآلي من استخدامها بسهولة بطريقة تفاعلية.
٧- تؤكد على المرونة والملاءمة لمواكبة التغيرات في البيئة وطريقة المستخدم في اتخاذ القرارات.
٨- تؤكد على تحقيق الفعالية أكثر من الكفاءة.
٩- تساعد كافة المديرين على مختلف مستوياتهم الإدارية.

أهداف نظم دعم القرارات :

يمكننا القول أن أهم أهداف نظم دعم القرار كما حددها بيتركين Peter G.keen تتمثل في :

١- مساعدة المديرين في اتخاذ القرارات لحل المشكلات شبه وغير المهيكلة Unstructured & Semistuatured Problems.
٢- تدعيم Support حكم المديرين بدلاً من محاولته أن يحل محلهم.
٣- تحسين فعالية Effectiveness عملية اتخاذ القرارات بدلاً من التوقف عن تحقيق كفاءتها فقط.

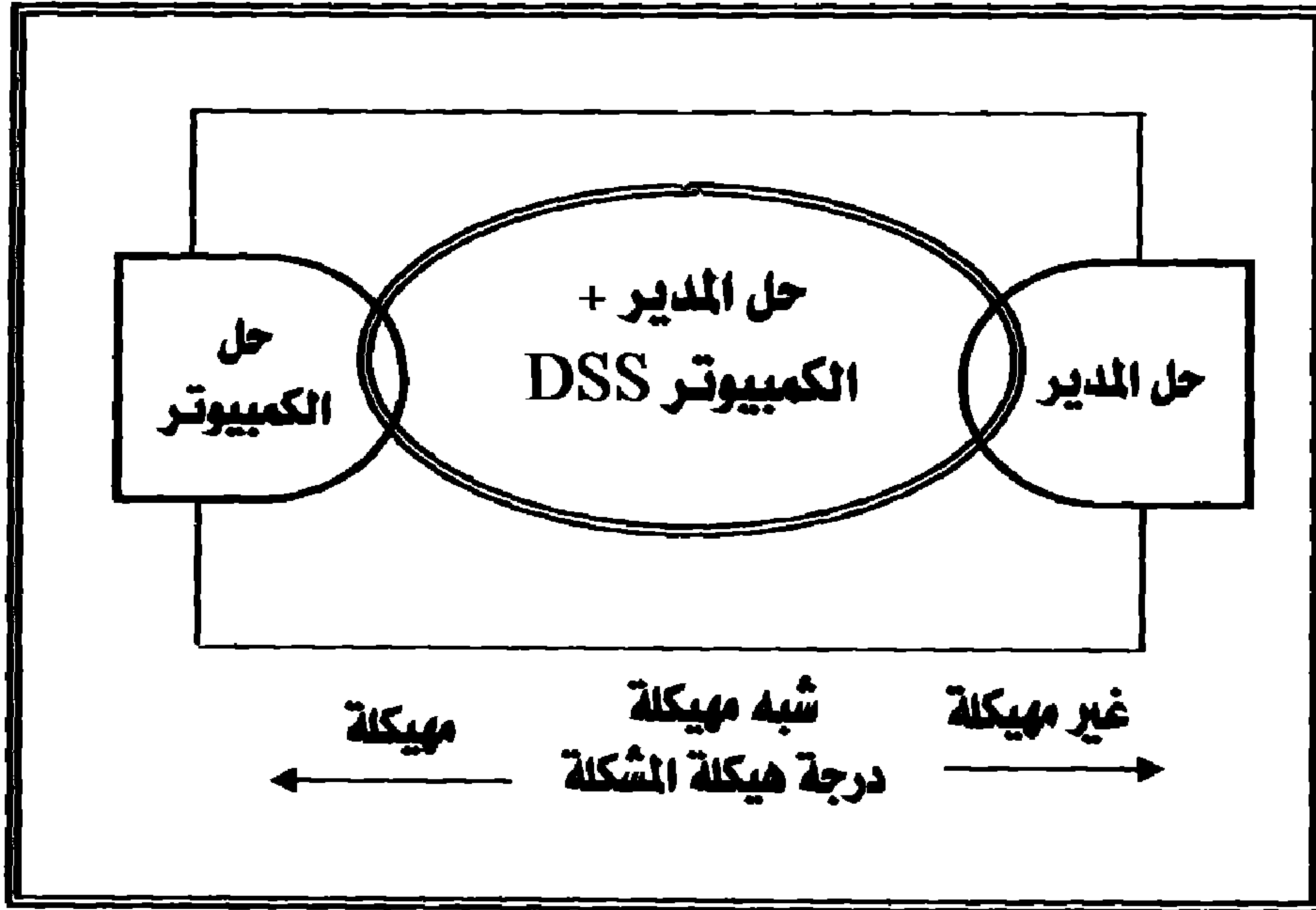
الجدول رقم (٥-١)
العلاقة بين هيكلة المشكلة وأنشطة المستويات الإدارية
وأثرها على نظم دعم القرار

مدى هيكلة المشكلة	أنشطة المستويات الإدارية			الدعم المطلوب
	التخطيط	الرقابة الإدارية	الرقابة التشغيلية	
مهيكلة	- تحديد موقع المصانع والمخازن - الإدارة المالية	- تحليل الميزانيات. - التنبؤ قصير الأجل	- حسابات القبض. - إدخال أمر الشراء. - رقابة المخزون	- نظم إمداد التقارير. - نماذج بحوث العمليات. - نظم معالجة المعاملات.
شبه مهيكلة	- الاندماج. - تخطيط المنتجات الجديدة.	- إعداد الميزانيات. - التنظيم الداخلي للمصنع.	- جدولة الإنتاج	- نظم دعم القرارات.
غير مهيكلة	- البحوث والتطوير. - تطوير التكنولوجيا. - تنمية التوجهات المستقبلية لسوق المنظمة.	- التفاوض. - تعيين مديرين جدد.	- إدارة النقدية. - أسلوب بيرت لحساب التكاليف والوقت.	- نظم دعم القرارات. - النظم الخبيرة. - النظم العصبية.
الدعم المطلوب	- نظم معلومات الإدارة العليا. - النظم الخبيرة. - النظم العصبية	- الإدارة الكمية. - نظم دعم القرارات. - النظم الخبيرة. - نظم معلومات الإدارة العليا	- نظم إعداد التقارير. - نظم الإدارة الكمية.	

ويبدو تأثر هذه الأهداف نسبيا بالقواعد الثلاثة المعروفة المرتبطة بمفهوم نظم دعم القرارات والتي تتمثل في :

أ- **مدى هيكلة المشكلة Problem Structure** : من الصعب أن نجد مشكلة مهيكلة تماماً أو غير مهيكلة تماماً ، ومن ثم نجد أن غالبية المشكلات هي مشاكل شبه مهيكلة وهذا يعني أن نظام دعم القرار يستهدف المنطقة التي توجد بها الغالبية العظمى للمشكلات الإدارية التي تواجه المدير.

ب- **دعم القرار Decision Support** : لا يميل نظام القرار إلى أن يحل محل الدعم التي يمكن أن يوفرها الحاسب ، فيمكن تطبيق الحاسب على الجزء المهيكل من المشكلة ، إلا أن المدير يظل مسئولاً عن الجزء غير المهيكل ، مطابقاً الحكم أو البديهة ومجرباً تحليلاته. ويعمل المدير والحاسب معاً كفريق لحل المشكلة في المنطقة الكبيرة شبه المهيكلة.



الشكل رقم (٧/٥)
تركيز نظام دعم القرار على المشاكل شبه المهيكلة

ج- فعاليـة القرار **Decision Effectiveness** : ليس الهدف من نظـام دعـم القرار جعل عمليـة اتخاذ القرار مرتفعة الكفاءة بل تسعى لتحقيق الفعالية ، فوقت المدير مرتفـع القيمـة ويجب ألا يهدر ، وتتمثل المنفعـة الرئيسـية من استخدام نظـام دعـم القرار في الوصول إلى قرارات أفضل.

الخطوات المنهجية لنظم دعم القرار :

إن نظام دعم القرارات هو مجموعة متكاملة من أدوات الحاسب التي توفر لصانع القرار فرصـة التخاطب المباشر مع الحاسبات لاسترجاع المعلومات المفيدة في صنع القرارات شبه وغير المبرمجة.

تتضمن المكونات الرئيسية لنظـام دعم القرارات نظـام لغة معينـة ، ونظـام معالجـة المشكلات ، ونظام معرفة. وينبغي للنظام أن تكون له السمات التالية :

١- بناء النموذج.
٢- لغة إجرائية أو لا إجرائية أو كلاهما.
٣- ماذا – لو والافتراضات ذات القيمة المتزايدة.
٤- التكرار المستعاد.
٥- تحليل المخاطرة.
٦- التحليل الإحصائي ونماذج علم الإدارة.
٧- الوظائف المالية.
٨- الرسوم البيانية.
٩- قدرات الأجهزة.
١٠- قواعد البيانات والملفات الخارجية.

ومن ثم تتميز المنظمات التي أحرزت النجاح في تطبيق نظام دعم القرارات على الخصائص التالية :

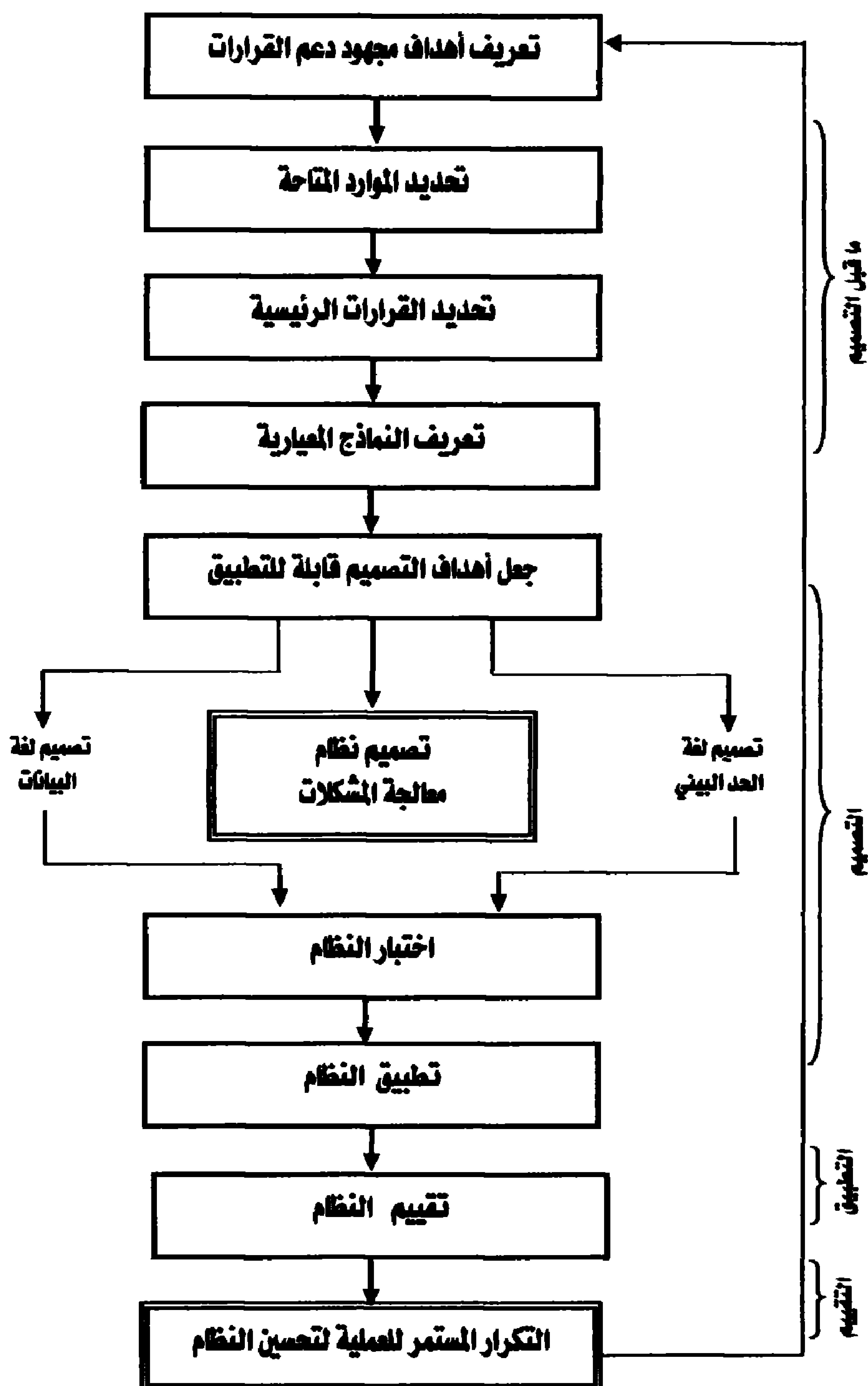
١- نظام معالجة بيانات جيد الضبط والبناء.
٢- الرغبة في تخصيص الأموال والعاملين للمشروع.
٣- الاتصال الفعال بين الإدارات التنفيذية ومجموعات الحاسب المركزي.
٤- وجود إدارات تنفيذية لديها ثقة كافية في بدء وإدارة مشاريع النظم.
٥- تقوم مجموعات الحاسب المركزي بالعمل كمستشارين بشكل أساسي.
٦- وجود العديد من الأفراد العاملين بالحاسب من أصحاب الخبرة.
٧- استعمال التعليم والتدريب لغرض بناء فهم مشترك بين الإدارات التنفيذية ومجموعات الحاسب.

تشتمل الخطوات الرئيسة لبناء نظام دعم القرارات في الخدمات الصحية ما قبل التصميم والتطبيق والتقييم ، ويوضح الشكل رقم (٨/٥) تلك الخطوات قام بتصميمها وصياغتها كين ومورتون Keen & Morton وذلك على النحو التالي :

أولاً: مرحلة ما قبل التصميم:

تهتم الخطوة الأولى في مرحلة ما قبل التصميم بتعريف الأهداف الخاصة بجهود دعم القرارات. وتتضمن أيضاً صياغة الأهداف الإجمالية لمشروع دعم القرارات. والخطوة الثانية تشمل تحديد الموارد المتاحة التي يمكن استعمالها في المشروع. وفي أغلب الأحيان يتوفر لدى المنظمة الأجهزة والبرامج بشكل مسبق ، كنظام إدارة قاعدة البيانات ، الذي يمكن استعماله في نظام دعم القرارات.

ولعل الخطوة الأكثر حيوية في المشروع هي تحديد القرارات الأساسية. ففي نظام لإدارة صندوق الاستثمار مثلاً يمكن أن يكون القرار الأساسي هو اختيار الأسهم الصحيحة لاحتياجات عميل معين. وقد يكون من الصعب توفير المعلومات التي تخبر مدير إدارة صندوق الاستثمار من أية أسهم يختار نظراً للعوامل العديدة التي تؤثر في عملية الاختيار. فعلى سبيل المثال قد يكون بعض العملاء محافظين جداً ، ويرغبون تبعاً لذلك استثمار نقودهم في سندات آمنة (مضمونة) بينما قد يفضل غيرهم المواقف التي تحتوي على المخاطرة العالية نظراً للأرباح الكبيرة المتوقعة. وهنا ينبغي الإشارة إلى نقطتين في هذا الشأن ، أولهما أن نظام دعم القرارات ما هو إلا أداة توفر المعلومات لمدير صندوق الاستثمار الذي يقوم باتخاذه قراراه النهائي بشأن الأسهم التي يختارها على ضوء هذه المعلومات. والنقطة الثانية أنه من المهم جداً تحديد ماهية القرار الرئيسي حتى إذا وجدنا صعوبة في توفير المعلومات المناسبة لقرار ما.



الشكل رقم (٥/٨)
خطوات بناء نظام دعم القرارات في الخدمات الصحية

والخطوة الرابعة الفرعية تكمن في تعريف النماذج المعيارية التي بإمكانها توفير المعلومات للقرارات الرئيسية. والنموذج المعياري هو أسلوب عقلاني لتوفير المعلومات التي يحتاجها المدير في صنع القرارات الرئيسية وتشير كلمة معياري إلى مقياس أو ما ينبغي أن يكون عليه الشئ. والنماذج المعيارية تتسم بالمثالية والنظرية. وفي التطبيق الفعلي لنظام دعم القرارات فإنه من غير المحتمل أن نصل إلى مستوى النموذج المعياري ، بل إن الأخير هو هدف علينا تعريفه إجرائياً في موقف واقعي. وبرغم أن تطبيق هذا النموذج قد لا يكون عملياً إلا أن علينا أن نبقيه حاضراً في أذهاننا عند تصميم نظام دعم القرارات الفعلي ، حيث أن هذه النماذج المعيارية هي جزء رئيسي من أهدافنا الخاصة بالتصميم.

ثانياً: التصميم :

إن الخطوة الأولى في عملية التصميم تشمل التعريف الإجرائي لأهداف التصميم. ففي هذه الخطوة نقوم بتقرير ما يمكن القيام به عملياً عند التطبيق الفعلي لنظام دعم القرارات. وتتضمن الخطوة الثانية تصميم لغة الحد البيني. وبشكل مثالي فإن لغة الحد البيني يجب أن تكون لغة لا إجرائية ، حيث يجد معظم المستفيدين أن التخاطب مع نظام دعم القرارات عن مشكلة ما أسهل بكثير من إخبار النظام بخطوات الإجراءات التي ينبغي عليه عملها لحل المشكلة. ويعتمد تقييم نظام حل المشكلات إلى حد كبير على اختيار نماذج معينة من نماذج علم الإدارة ، كالانحدار مثلاً ، واختيار برامج الحاسب ، مثل الرسوم البيانية التي يمكن استعمالها في تطبيق نظام دعم القرارات. وينبغي مزج هذه النماذج بشكل يضمن تمكين المستفيدين بيسر من اختيارها وتطبيقها عند تشغيل نظام دعم القرارات.

وقد تكون أجزاء من نظام المعرفة متوفرة أصلاً ، حيث أن معظم الشركات التي تقوم بتطبيق نظام دعم القرارات لديها كميات كبيرة من البيانات الأساسية مخزونة في نظم إدارة قاعدة البيانات. أما الخطوة الأخيرة في التصميم فهي فحص النظام بشكل كامل قبيل وضعه موضع التطبيق.

ثالثاً: التطبيق :

إن التطبيق عملية حيوية في بناء نظام دعم القرارات. وأساس هذه العملية هو الطلب من المستفيد التحول من شئ يقوم بعمله حالياً وقبول نظام جديد ، وينطبق على هذه المرحلة العديد من النظريات المتعلقة بالتغيير الفردي والاجتماعي. إلا أنه ينبغي أن يكون لدى المنظمة أو الفرد إحساساً بالحاجة إلى النظام الجديد لدعم القرارات. وهنالك العديد من الطرق المختلفة التي يمكن بواسطتها نشوء هذه الحاجة. ومن الواضح أنه

بالإمكان نشوء هذه الحاجة في حالة طلب الرئيس من مرؤوسيه استعمال النظام الجديد. غير أن أمراً كهذا قد تكون له نتائج عكسية في المدى البعيد فعملية تطوير ثقة المستفيد في نفسه ونشوء حاجة لاستعماله للنظام الجديد تبدأ في الواقع بشكل مبكر أثناء عملية بناء النظام. ولعل أكثر الطرق فاعلية في إيجاد وتعزيز مثل هذه الظروف في بيئات المستفيدين هو إشراكهم بشكل مكثف في عملية التطوير. وكما سبق فإن على المستفيدين بدء هذه العملية وإدارتها بمساعدة أخصائي لنظم الحاسب يعمل كمستشار. وإذا ما سارت العملية كما ينبغي فإن المستفيدين سينظرون إلى النظام على أنه نظامهم وسيكون لديهم استعداد أكبر لدعمه واستعماله.

رابعاً: التقييم:

عند تقييم فوائد نظام دعم القرارات فإنه من الضروري وجود بعض المعايير. وتقييم هذا النظام أمر صعب بشكل خاص نظراً للطبيعة التطورية للنظام وبالتالي عدم وجود تاريخ محدد لاكتماله. كما أنه من غير المحتمل تبرير استعمال النظام على أساس تخفيض تكلفة الأعمال الكتابية. وينبع التبرير في الأحوال الاعتيادية من قدرة النظام على توفير معلومات أفضل في الوقت المناسب. غير أن فائدة كهذه هي غاية في العمومية بحيث أنه من الصعب إعطاء تقييم لها. وعلى أية حال فإنه من الممكن قياس تأثير هذه المعلومات على عملية صنع القرارات والنتائج المترتبة عليها. ففي نظام إدارة صندوق الاستثمار المستخدم من قبل منظمة استثمار معينة مثلاً تكون النتيجة النهائية كسب رضاء العملاء وجذب أعداد كبيرة منهم للتعامل مع المنظمة لمدها بالمال اللازم.

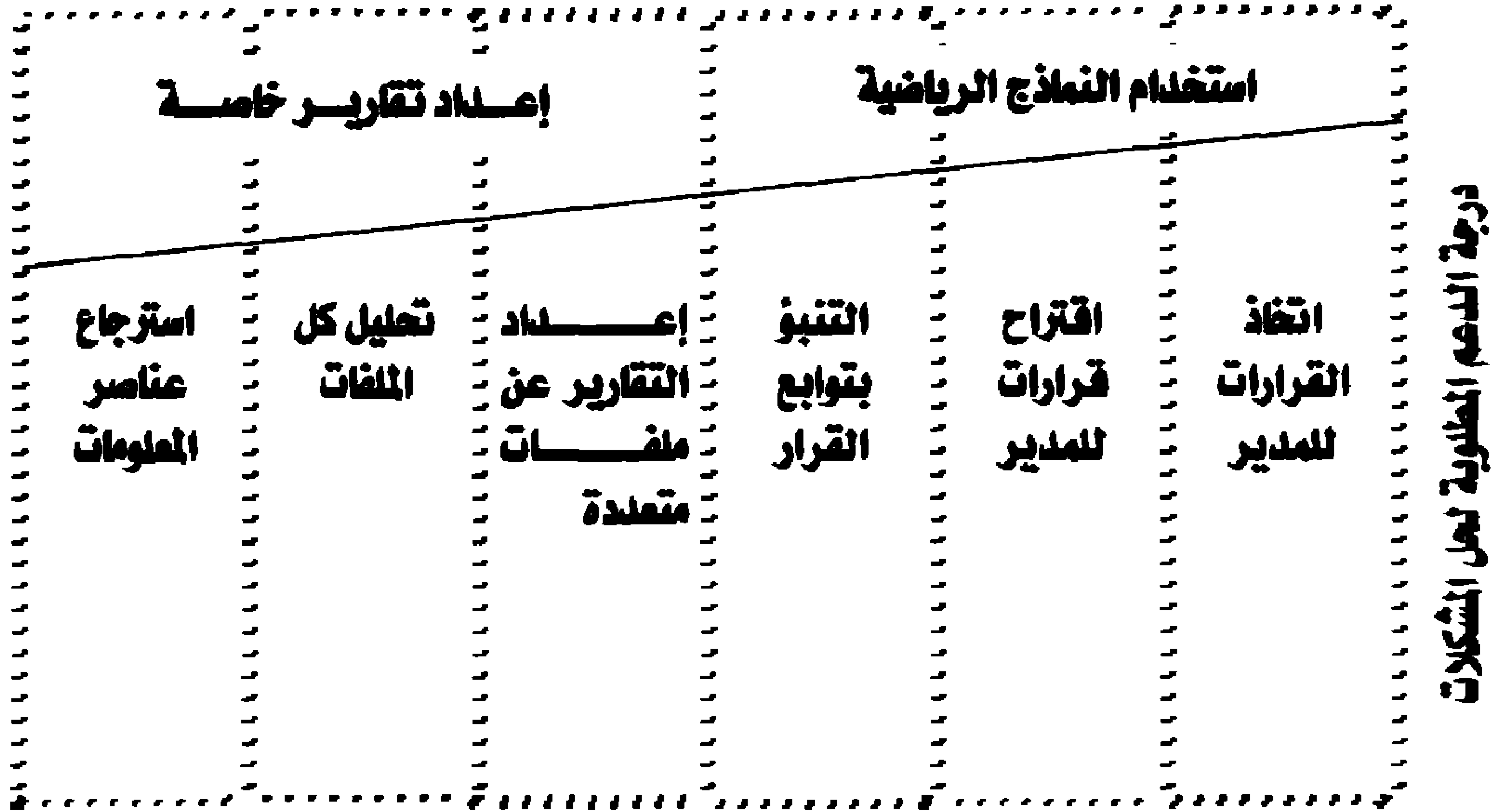
وهناك من حيث الجوهر ثلاثة مكونات لعملية التقييم : أول هذه المكونات وجود تعاريف مسبقة للتطوير والتحسب في وقت مبكر جداً في عملية بناء النظام. وثانيها : هو تعريف وسائل مراقبة التقدم باتجاه هذه التحسينات. وآخر هذه المكونات هو تكوين عملية مراجعة رسمية تقوم من حين لآخر بقياس الأداء حسب التعاريف المعطاة للتحسين.

أنواع نظم دعم القرارات Alter's DSS Types

في عام ١٩٧٦م تمكن ألتر من وضع تصنيف لستة أنواع نظم دعم قرار اعتماداً على درجة الدعم لحل المشكلة. والشكل رقم (٩/٥) يوضح أنواع نظم دعم القرارات من وجهة نظم ألستر.

ويكون النوع الذي يقدم أقل دعم ذلك الذي يمكن المدير من استرجاع عناصر المعلومات Retrieve Information Items ، فيمكن أن يستفسر المدير من قاعدة بيانات على ما يريده. ويتوفر دعم أكثر قليلاً من نظام دعم القرار الذي يسمح للمدير

بتحليل الملفات كلها Analyze Entire Files. ويمكن أن يستفسر المدير من قاعدة البيانات لإعداد تقرير خاص والذي يستخدم بيانات من ملف المخزون. ويتوفر مزيد من الدعم من النظم التي تعد تقارير من ملفات متعددة Prepare Reports From Multiple Files.



الشكل رقم (٩/٥)
أنواع نظم دعم القرار لآلتر

وتوفر أول ثلاثة أنواع النظم دعم القرارات دعماً في صورة تقارير خاصة كاستجابة للاستفسارات من قاعدة البيانات ، وتشمل آخر ثلاثة أنواع نظم دعم قرارات استخدم النماذج الرياضية.

ويكون نظام دعم القرار الذي يسمح للمدير بأن يرى التأثيرات الممكنة للقرارات المختلفة نموذجاً يمكنه التنبؤ بتوابع القرار Estimate Decision Sequences. ويتوفير مزيد من دعم القرار من النموذج الذي يمكنه اقتراح قرارات Propose Decisions. كاستخدام نموذج برمجة خطية لتخطيط المصنع. ويكون نوع نظام دعم القرارات لألتر الذي يوفر أقصى دعم ذلك الذي يتخذ القرارات Make Decisions للمدير.

هذا وميز العالمان سبراجيو وكارلسون بين نوعين من نظم دعم القرار :

- النـوع الأول : يشمل النظم المولدة لنظم دعم القرار Generators DSS ، وهي بمثابة أدوات يمكن من خلالها الحصول على نظم محددة لدعم القرارات. ومن أمثلة هذه النظم برنامج الحاسب الآلي الشهير (Loutus 123) ، وغيرها من برمجيات الجداول التي يمكن استخدامها في الحاسبات الشخصية.
- النوع الثاني : نظم دعم القرارات المحددة Specific Decision Support Systems ، وهي التي يمكن من خلالها التعامل مع مجموعات محددة من المشاكل ، مثل المشاكل التسويقية ، أو الإنتاجية ، أو التمويلية ... إلخ.

أما دونوفان ومادنايك (Donovan & Madnick , 1977) فقد صنفا نظم دعم القرار إلى نوعين هما :

أ- نظم دعم القرارات المؤسسية Institutional Decision Support Systems : وهي تلك النظم التي تتعامل مع القرارات المتكررة دورياً ، والتي تستخدم لفترات طويلة نسبياً ، لحل مشاكل ذات طبيعة متماثلة ، هذا مع مراعاة تحديث قواعد البيانات ، وقواعد النماذج الخاصة بها. وتتعامل هذه النظم بصورة رئيسية مع المشاكل التشغيلية ، والمشاكل المتعلقة بتحقيق الرقابة الإدارية.

ب- نظم دعم القرارات الخاصة بموضوعات معينة : ويتعامل هذا النوع من النظم مع مشكلات غير متكررة دورياً ، وقد تحدث لعدد محدود من المرات في حياة المنظمة مثل : قرارات التخطيط الاستراتيجي ، وقرارات الاندماج ، والاستثمار المشترك مع منظمات أخرى ، وهي بهذا قد تحتاج إلى برمجيات عامة الغرض ، لتحليل البيانات ، وبناء النماذج ، واستدعاء البيانات ، مع إمكانية توظيفها في تطبيقات خاصة ، وفقاً لطبيعة المشكلة موضوع القرار.

ويقسم البعض نظم القرارات إلى ثلاث مجموعات وفقاً لمستخدم النظام وهي :

أ- نظم دعم القرارات الفردية : وتركز على وجود مستخدم فرد ، يؤدي نفس الأنشطة في اتخاذ القرارات ، وقد تتكرر على فترات زمنية مختلفة مثل قرارات اختيار تشكيلة المنتجات في المنظمة.

ب- نظم دعم القرارات الجماعية : ويتم التركيز فيها على وجود مجموعة من الأفراد كمستخدمين للنظم ، حيث يكون كل منهم مسئولاً عن أداء مهام مستقلة عن تلك التي يؤديها الآخرون ، ولكنها مرتبطة بها لدرجة عالية جداً ، مثل نظام دعم القرار في الإدارة المالية لإحدى الشركات.

ج- نظم دعم القرارات التنظيمية : والتي يكون التركيز فيها على أداء مهام تنظيمية ، وتتضمن تتابع العمليات ، وتنتمي إلى مجالات وظيفية مختلفة ،

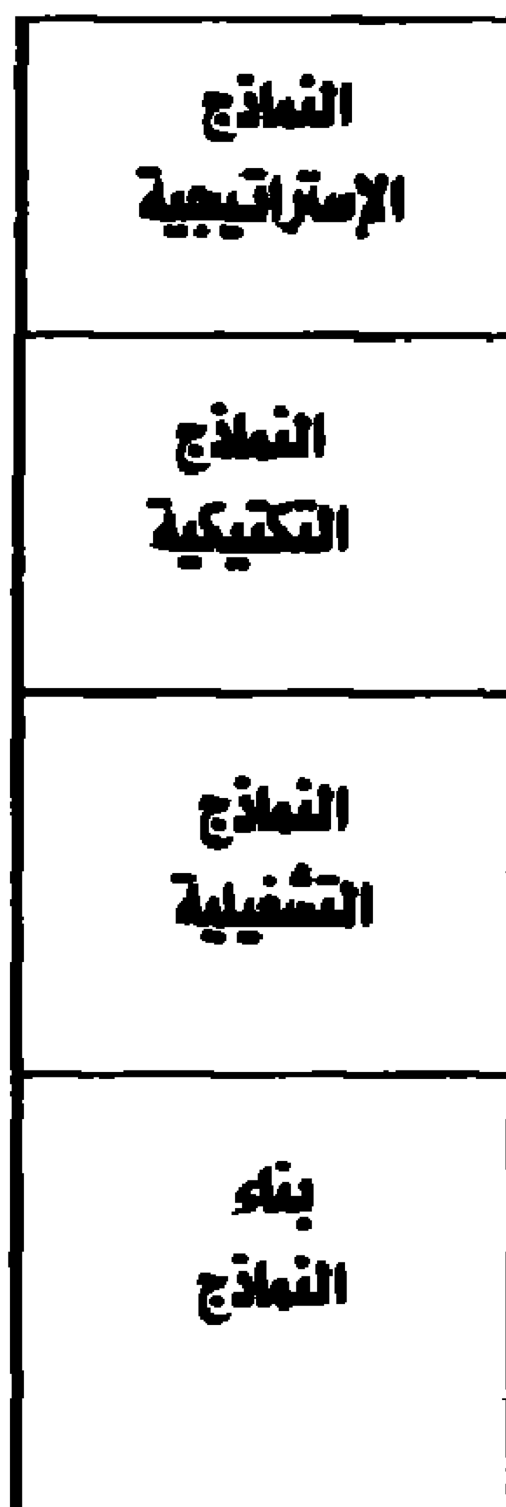
مثل القرارات المتعلقة بالتخطيط طويل الأجل ، وعمليات تخصيص المواد ، وعمليات توزيع المهام.

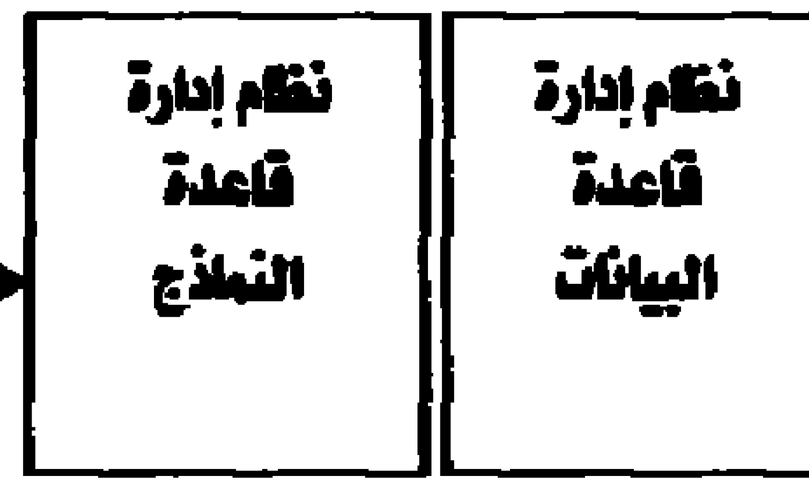
مكونات نظم دعم القرارات :

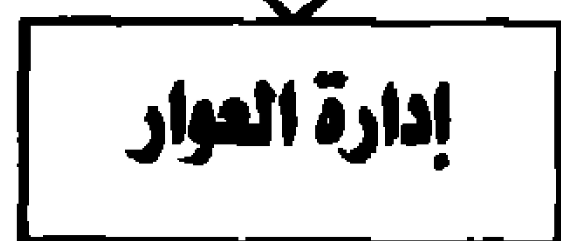
تتكون نظم دعم القرارات ، كما هو مبين في الشكل رقم (٥/١٠) من عدة مكونات يمكن إجمالها فيما يلي :

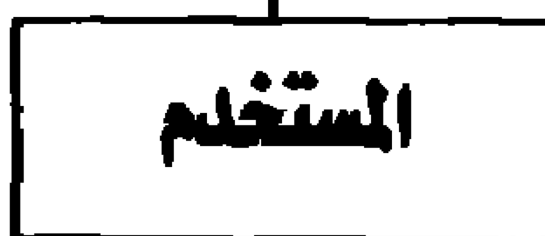
١- قاعدة بيانات Database : تحتوي على البيانات اللازمة لإنتاج المعلومات اللازمة لاتخاذ القرارات في المنظمة.

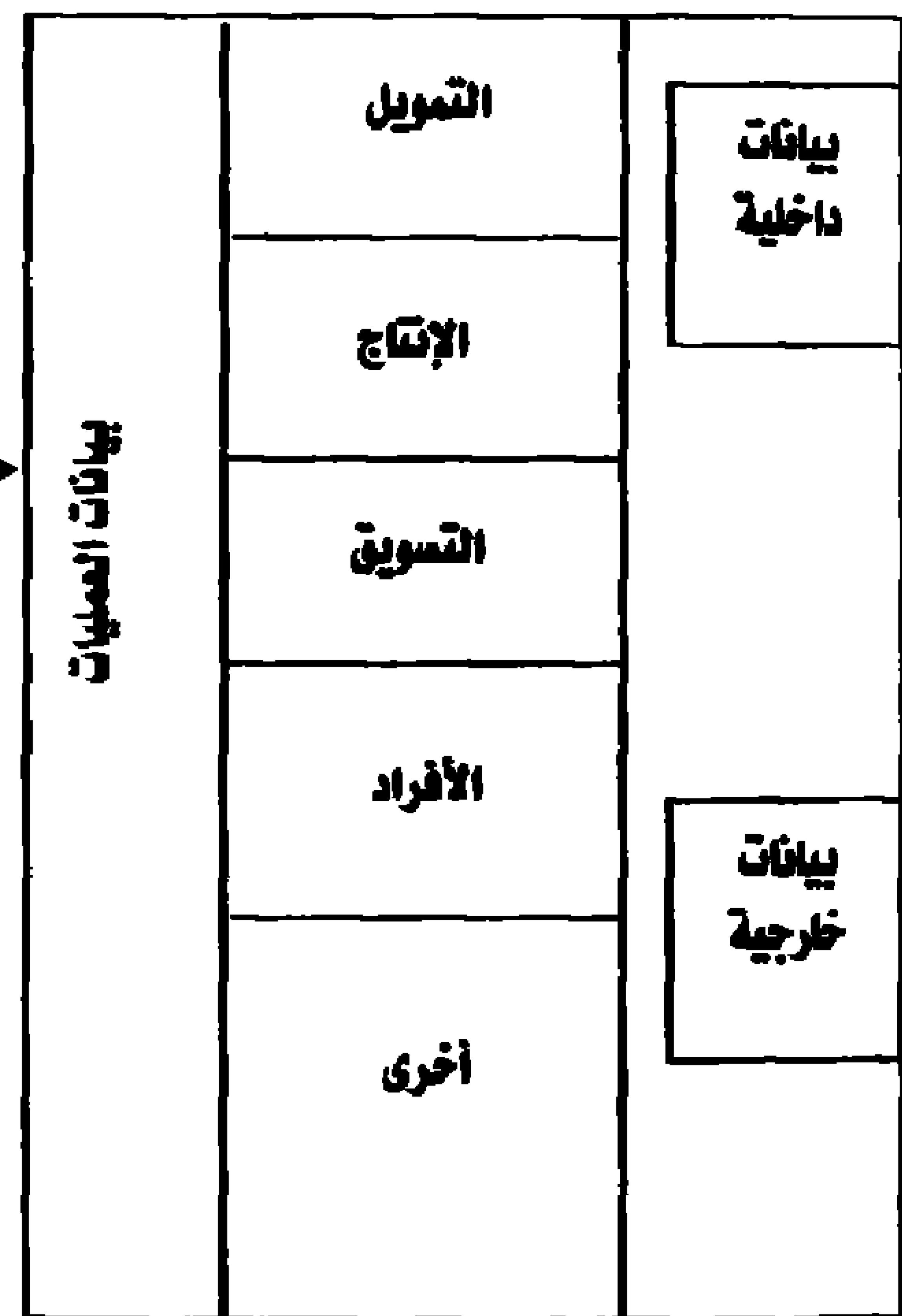
٢- نظم إدارة قاعدة البيانات Database Management Systems : ويحوي البرامج اللازمة لخلق قاعدة البيانات والإضافة إليها والتعديل عليها وحذفها.











الشكل رقم (٥/١٠)
مكونات نظام دعم القرار

٣- قاعدة نماذج Model base : وتحوي مجموعة النماذج الرياضية والإحصائية والاقتصادية والمحاسبية اللازمة لتحليل البيانات وتوفير المعلومات الضرورية لترشيد اتخاذ القرارات.

٤- نظام إدارة قاعدة النماذج Model base Management System : ويحوي مجموعة البرامج اللازمة لخلق نموذج معين أو إضافته لقاعدة النماذج أو التعديل عليها أو حذفه منها.

٥- نظام إدارة الحوار Dialogue Management System : ويتكون من مجموعة من البرامج التي تسمح بالتخاطب المطلوب بين مستخدم النظام والنظام نفسه ، فقد يكون هذا التخاطب عن طريق توجيه مجموعة محددة من الأوامر يمكن أن يستجيب لها النظام Command Driven System ، أو قائمة من الإمكانيات التي يختار من بينها مستخدم النظام Menu Driven System ، أو أشكالاً معينة لكل منها معنى محدد يشير إليها مستخدم النظام Icon Driven System.

وتتراوح عمليات اتخاذ القرارات ، طبقاً لما يراه هيربرت سايمون ، بين تلك التي تنصب على اتخاذ قرارات محددة روتينية متكررة (قابلة للبرمجة) وتلك التي تتناول قرارات غير محددة وغير روتينية وغير متكررة (غير قابلة للبرمجة) وبينهما درجات مختلفة من التحديد والروتينيةي والتكرار. كما تتراوح المشكلات الإدارية بين المهيكلة Structured وشبه المهيكلة Semi-structured وغير المهيكلة Unstructured تبعاً لمدى وضوح ومعرفة أهداف وخطوات ومدخلات ومخرجات مراحل اتخاذ القرارات من جمع البيانات Intelligence وتحديد بدائل اتخاذ القرار وبحثها Design والاختيار بين هذه البدائل Choice. فتكون أهداف اتخاذ القرارات بالنسبة للمشكلات المهيكلة واضحة ، وخطوات اتخاذها نمطية ، ومدخلاتها محددة ، ومخرجاتها محددة ، وعكس ذلك بالنسبة للقرارات المتعلقة بالمشكلات غير المهيكلة. أما القرارات المتعلقة بالمشكلات نصف أو شبه المهيكلة فإن بعض أهدافها أو خطواتها أو مدخلاتها أو مخرجاتها تكون محددة بينما يكون باقياً غير محدد.

وفيما يلي نلقي الضوء باختصار على مكونات نظم دعم القرارات :

١- قاعدة البيانات :

تعتبر قاعدة البيانات بمثابة البيانات المخزونة في مكان مركزي في نظام دعم القرار وباستخدام تكنولوجيا الحاسب الآلي ، تعرف قاعدة البيانات بأنها مجموعة من الملفات المتكاملة مع بعضها البعض. والملف يتكون من مجموعة من السجلات والسجل يتكون من مجموعة من عناصر البيانات ، والعنصر يتكون من مجموعة من الحروف الرموز.

ويترتب على وجود قاعدة البيانات العديد من المزايا ، أهمها :

- توليد معلومات من نفس كمية البيانات المتاحة.
- الإجابة على الاستفسارات المرتبطة بموضوع محدد.
- تقليل ازدواجية البيانات إلى أدنى حد ممكن.
- استقلال البيانات عن البرامج.
- تحسين وتعزيز إدارة البيانات.
- عرض البيانات والاحتفاظ بشكل أسهل.
- استخدام مساحة أقل لتخزين البيانات.

وفي الغالب يتم التعامل مع قاعدة البيانات من خلال مدير قاعدة البيانات Data Base Administrator.

قد يحتاج نظام دعم القرارات بيانات داخلية أخرى بخلاف تلك المتاحة في نظام معالجة البيانات ، لذلك يجب أن يكون نظام قاعدة البيانات قادراً على الوصول إلى قواعد بيانات المجالات الوظيفية المختلفة ، كما قد يحتاج نظام دعم القرار إلى بيانات خارجية خاصة بالاقتصاد المحلي أو القومي ، أو بيانات خاصة عن الصناعة ، أو سوق العمالة ، أو ظروف المنافسة وغيرها ، وعندئذ قد يتم الحصول على هذه البيانات من مصادرها الأصلية ، أو شراؤها من قواعد البيانات التجارية التي تنشأ لهذا الغرض.

وتتمثل مخرجات قاعدة البيانات في التقارير الدورية ، والتقارير الخاصة ، ومخرجات النماذج الرياضية. وفي كل هذه الأنواع من المخرجات ، يعمل نظام إدارة قاعدة البيانات كحارس بوابة Gatekeeper. وهو يمد المستخدم باللغات التي تمكنه من طلب أي نوع من هذه المخرجات كما يمد النماذج الرياضية ، بما تحتاجه من بيانات من قواعد البيانات ، هذا فضلاً عن إمكانية التحرك بين العديد من ملفات البيانات الحصول على البيانات المطلوبة لإخراج تقرير معين.

٢- قاعدة النماذج :

النموذج عبارة عن تمثيل أو محاكاة للواقع ، ولكون دراسة الواقع أحياناً صعبة ومكلفة ، أو غير عملية عندئذ يتم الاعتماد على محاكاة هذا الواقع ثم دراسته ، وهناك العديد من النماذج التي يتعامل معها المدير ومنها الخريطة التنظيمية ، التي تمثل نموذج لواقع الوحدات المكونة للمنظمة ، والعلاقات التي تربط بين الإدارات والأقسام التنظيمية فيها.

ولأغراض نظم دعم القرار ، يتم غالباً التركيز على النماذج الرياضية والإحصائية ، إذ تحتوي قاعدة النماذج في نظام دعم القرار على العديد من أنواع النماذج الإحصائية ، والكمية ، والوظيفية ، التي توفر الإمكانات التحليلية لنظام دعم القرار في المنظمة.

وتعتبر القدرة على التعامل مع هذه النماذج ، من إحدى السمات الرئيسية ، التي تميز نظام دعم القرار عن غيره من نظم المعلومات المبينة على الحاسب الآلي.

ويمكن التمييز بين أنواع النماذج المتعددة من خلال عدة معايير ، فمن حيث الهدف من النموذج ، يمكن التمييز بين نوعين من النماذج هي :

- النماذج الوصفية : هي التي تصف سلوك أي نظام أو تمثل الواقع تمثيلاً صادقاً مثل نماذج المحاكاة.
- النماذج المثالية : هي التي تسعى إلى تحقيق أهداف التعظيم أو أهداف التدنية ، مثل نماذج تعظيم الأرباح أو تدنيه التكاليف ، ومنها نماذج النقل لتدنية التكاليف ، ونماذج السمبلكس لتعظيم الأرباح أو لتدنية التكاليف.

ومن حيث درجة التعامل مع العشوائية ، يمكن التميز بين نوعين من النماذج هي :

- النماذج الاحتمالية : تتعامل مع البيانات الاحتمالية ، أي الأحداث المرتبطة باحتمالات معينة لتحقيقها ، بغرض الوصول إلى نواتج متوقعة مثل نماذج شجرة القرارات.
- النماذج الحتمية : هي تلك التي يمكن من خلالها التوصل إلى مخرجات معبر عنها في شكل قيمة واحدة تقديرية ، مثل تقدير الحجم الاقتصادي للطلبية. وتعتبر النماذج الحتمية أكثر إنتشاراً وسهولة ، وغالباً ما يفضلها المديرون كوسيلة لدعم القرار.

وفيما يتعلق بنوع البيانات التي تتعامل معها النماذج ، يمكن التميز بين النماذج الساكنة والنماذج المركبة.

- النماذج الساكنة هي نماذج تتعامل مع متغيرات تصف الوضع في لحظة زمنية معينة ، أي أن الوقت لا يعتبر أحد المتغيرات التي يشملها هذا النموذج.
- النماذج المركبة فهي تتعامل مع بيانات تصف الوضع عند نقاط زمنية مختلفة ، أي بيانات تطورية ، وفيها يعتبر الوقت أحد المتغيرات التي يشتمل عليها النموذج.

هذا ويمكن التمييز بين ثلاثة أنواع من النماذج من حيث المستوى التنظيمي هي : النماذج الإستراتيجية ، والنماذج التكتيكية والنماذج التشغيلية.

- النماذج الإستراتيجية : وتستخدم في دعم قرارات الإدارة العليا. وذلك في عمليات تخصيص موارد المنظمة وإعداد الموازنات الرأسمالية. وتكاد تكون هذه النماذج في طبيعتها نماذج مثالية أكثر منها نماذج وصفية.
- النماذج التكتيكية : وتستخدم بواسطة الإدارة الوسطى للمساعدة في تخصيص موارد المنظمة والرقابة عليها ، ومن أمثلة النماذج التكتيكية تخطيط احتياجات الإنتاج ، وتنشيط المبيعات ، وتصميم موقع المصنع ... وغيرها.
- النماذج التشغيلية : وتستخدم في دعم أنشطة العمل اليومية ، في إطار المستويات الدنيا التنفيذية مثل : نماذج جدولة الإنتاج ، ونماذج الرقابة على المخزون ، ونماذج تخطيط عمليات الصيانة ، ونماذج الرقابة على الجودة ومثل هذه النماذج تكون نماذج مثالية.

أما من حيث المجال الوظيفي الذي تخدمه النماذج ، فيمكن التركيز بين نماذج التمويل، ونماذج الرقابة على الإنتاج ، ونماذج المواد البشرية ونماذج التسويق ... إلخ.

٣- نظام إدارة الحوار :

إدارة الحوار هي الوسيلة التي يمكن من خلالها أن يتفاعل المستخدم مع نظام دعم القرار. ولذلك فهي بالنسبة للمستخدم بمثابة النظام ككل. وهي تمثل ما يجب أن يعرفه المستخدم لكي يتعامل مع النظام. وهي وسيلة التحكم في عمليات النظام. ومن أهم الخصائص التي يود المستخدم توافرها في نظام إدارة الحوار البساطة والمرونة ، ولكن غالباً ما تكون هناك مقايضة. بين هاتين الخاصتين فالنظام الذي يتصف بالبساطة غالباً ما تنقصه المرونة ، وأيضاً النظام الذي يتصف بالمرونة غالباً ما تنقصه البساطة.

أنواع أسلوب الحوار :

يمكن التحاور مع نظم دعم القرار باستخدام أحد الأساليب التالية :

- التقارير المجدولة Scheduled Reports
- السؤال والإجابة Question and Answer
- قائمة الاختيارات Menu
- لغة الأوامر Command Language
- نموذج المدخلات / نموذج المخرجات Input Form / Output From
- المدخلات في سياق المخرجات Input in Context of Output
- خليط من الأساليب السابقة Combination

ويمكن أن يتم الحوار بين المستخدم ونظام دعم القرار بشكل مباشر أو بشكل غير مباشر. فالحوار غير المباشر يتم باستخدام وسيط قد يتمثل هذا الوسيط في التقارير الدورية والمجدولة أو أحد المشغلين أو المحللين. فالتقارير الدورية والمجدولة تصل إلى المستخدم لتنقل إليه العديد من المعلومات التي يتم التعبير عنها في أشكال متنوعة. كما أنها تتيح للمستخدم إمكانية طلب أي تقارير خاصة في حالات الاستثناء ، ويمكن أيضاً أن يقوم أحد موظفي المنظمة بدور الوسيط بين نظام دعم القرار والمستخدم النهائي ، ويطلق على هذا الوسيط اسم "المشغل Operator" وفقاً لها النظام يستطيع المستخدم النهائي طلب تقرير معين ، ويتولي المشغل عملية تشغيل النظام للحصول على التقرير المطلوب وتوصيله للمستخدم النهائي. كما أن يقوم أحد المحللين بدور الوسيط بين نظام دعم القرار والمستخدم النهائي. وهو أيضاً يقوم بدور مشغل النظام ، إلا أنه يستطيع أن يقوم بالإضافة إلى ذلك بتفسير النتائج وتقديم المقترحات والتوصيات اللازمة.

أما الحوار المباشر في نظم دعم القرار ، فيمكن أن يتم باستخدام العديد من الأساليب مثل السؤال والإجابة ، وقائمة الاختيارات ، ولغة الأوامر ، ونموذج المدخلات / نموذج المخرجات ، والمدخلات في سياق المخرجات ، بالإضافة إلى خليط من الأساليب السابقة ، هذا فضلاً عن استخدام اللغة العادية كوسيلة للتحاور وذلك على النحو التالي :

١- السؤال والإجابة : وفقاً لهذا الأسلوب يطرح النظام سلسلة من الأسئلة ويقوم المستخدم النهائي بالإجابة عليها. وقد تتنوع أسئلة نظام دعم القرار بتنوع إجابات المستخدم. وبناءً على هذا الحوار بين النظام والمستخدم النهائي يتولى النظام إعداد التقارير المطلوبة.

٢- قائمة الاختيارات : وهي تعتبر من أكثر الأساليب شيوعاً للحوار المباشر ، وفيها يقدم النظام قائمة بكل الاختيارات الممكنة ، ويقوم المستخدم باختيار

أحدها. وبناءاً على هذا الاختيار يتولي النظام تقديم الاستجابة المطلوبة أو إظهار قائمة فرعية وهكذا.

٣- لغة الأوامر : وهي تتكون من سلسلة من الأوامر التي يستجيب لها النظام وفقاً لمتطلبات المستخدم النهائية.

٤- نموذج المدخلات / نموذج المخرجات : وفقاً لهذا الأسلوب يعرض النظام نموذجاً للمدخلات يتولى المستخدم النهائي تزويده بالبيانات اللازمة والأوامر المطلوبة. بناءاً على هذه المدخلات يقوم النظام بتقديم المخرجات في شكل نموذج مماثل أو يطلب الحصول على مزيد من المدخلات.

٥- المدخلات في سياق المخرجات : ويعتبر حالة خاصة من الأسلوب الأسبق ، حيث يتحد نموذج المدخلات والمخرجات في نموذج واحد ، ويستطيع المستخدم إجراء أي تعديلات في المدخلات لكي تظهر شاشة جنيدة تعرض المخرجات بناء على التعديلات ... وهكذا ؟ ولذلك فإن أي مدخلات يقدمها المستخدم عادة ما تكون في ضوء المخرجات السابقة للنظام.

ومن أهم خصائص إدارة الحوار :

١- البساطة : وتعني الألفة في استخدام النظام ، وأن تتفق لغة الحوار مع احتياجات ومهارات مستخدمي النظام.

٢- الاتساق : ويشير إلى ضرورة اتساق المكونات المختلفة للنظام مع بعضها البعض ، وأيضاً اتساق لغة التعامل مع البرمجيات المختلفة ، حتى لا يسبب اختلاف اللغة أو الأوامر لبساً من دهن مستخدم النظام.

٣- الألفة مع نمط تفكير المستخدم : فيجب تصميم النظم باستخدام نفس منطق تفكير مستخدم النظام فإذا اعتاد المستخدم مثلاً ذكر التاريخ في شكل (يوم/ شهر / سنة) ، فيجب أن يتعامل النظام بنفس المنطق.

٤- توفير المعلومات الإرشادية : فلا يكفي فقط أن ينبه النظام المستخدم بأن هناك خطأ ما ، ولكن يجب أيضاً أن يوضح للمستخدم مصدر الخطأ ، ويرشده إلى كيفية معالجته حتى يمكنه الاستمرار في التشغيل.

٥- المرونة : الحوار الجيد هو الذي يمكن المستخدم من التحرك عبر الاستخدام المختلفة للنظام ويتيح سهولة الدخول والخروج من النظام أو أحد التطبيقات الفرعية فيه.

الباب الثالث

التخطيط الوظيفي للخدمات الصحية

الفصل السادس

التخطيط التسويقي للخدمات في المنظمات الصحية

الفصل السابع

تخطيط المـــوارد البشرية للخدمات الصحية

الفصل الثامن

التخطيط المالي للخدمات الصحية

الفصل التاسع

تخطيط العمليات الفنية والإنتاجية للخدمات الصحية



الفصل السادس

التخطيط التسويقي للخدمات في في المنظمات الصحية

بقراءتك لهذا الفصل يمكنك الإلمام بالموضوعات التالية :

- مفهوم التسويق في المنظمات الصحية .
- أهمية التسويق للخدمات الطبية:
- التخطيط التسويقي للخدمات الطبية.
- المزيج التسويقي للخدمات الطبية.

مقدمة :

يرتبط نظام الخدمات الطبية المعمول به في أي مجتمع من المجتمعات بالحالة الاجتماعية والاقتصادية لأفراد هذا المجتمع، حتى بات أنه من الممكن أن نقول إن مستوى الخدمات الطبية لمجتمع من المجتمعات يعتبر مقياساً لتقدمه الاجتماعي والاقتصادي.

ولقد كان للتطورات المتلاحقة في الأنظمة الاقتصادية والاجتماعية الأثر الكبير في جعل أغلب الدول الحديثة تسعى في خططها التنموية والاجتماعية والاقتصادية إلى تحقيق أهداف عديدة والاهتمام بالإنسان وتحسين وضعه الحياتي والاجتماعي. ومن بين تلك الأهداف: الارتقاء بالمستوى الصحي للمواطنين، وهذا ما دعا إلى القول إن الإنسان وإن كان الهدف من هذه الخطط فهو في الوقت ذاته أداتها.

كما كان للتقدم العلمي المذهل في شتى المجالات بشكل عام وفي صناعة الخدمات بشكل خاص الأثر الكبير في دفع كثير من المنظمات الخدمية وأبرزها المستشفيات والمراكز الصحية للتطلع نحو استخدام أحدث منتجات التكنولوجيا في إنشاء المستشفيات وإدارتها. وكل ذلك لتحسين جودة الخدمات الطبية لإشباع حاجات المرضى وتطلعاتهم.

وهذا ما يبرز أهمية وجود إدارة خاصة في المستشفي للتعرف على حاجات المواطنين الصحية وتوصيفها وتحديد خصائص المرضى وإجراء الدراسات اللازمة كافة واتخاذ السياسات الملائمة في سبيل مواجهة المشاكل وإيجاد الحلول المناسبة لها.

ومن هنا كان تسويق الخدمات الطبية في المستشفيات محور هذا الجزء من الكتاب بهدف تعريف المختصين والمهتمين بأسس التسويق الفعال للخدمات الطبية المتنوعة.

إن وجود إدارة مستقلة خاصة بالتسويق في كل مستشفي ضروري للقيام بإجراء الدراسات التسويقية الطبية على اعتبار أن الدراسات التسويقية هي الوسيلة الرئيسة التي تساعد إدارة المستشفي في الحصول على المعلومات اللازمة، وفي الوقت المناسب بما يخدم إدارة المستشفي في التنبؤ بالمشكلات المستقبلية ومواجهة المشكلات الحالية والتنبؤ بالفرص واغتنامها، فضلاً عن دور إدارة التسويق في

مساعدة إدارة المستشفي في حل مشاكل الاستخدام للطاقات الإنتاجية في المستشفي، وكذلك قياس اتجاهات المرضى المدركة والحالية، كما يمكنها تقدير الطلب على الخدمات الطبية، ومن ثم تقدير الموارد المادية والبشرية اللازمة.

وكل ذلك ينصب في هدف المستشفي في تقديم أفضل الخدمات وفي تحسين الخدمات وتطويرها باستمرار بما يتماشى مع التطور السريع للعلوم الطبية والوصول إلى مستوى رفيع من الخدمات الطبية المقدمة.

وفي ضوء ما سبق سنعرض في هذا الفصل للموضوعات التالية :

- **مفهوم التسويق في المنظمات الصحية .**
- **أهمية التسويق للخدمات الطبية:**
- **التخطيط التسويقي للخدمات الطبية.**
- **المزيج التسويقي للخدمات الطبية.**

أولا : مفهوم التسويق في المجال الصحي:

هناك تعريفات كثيرة لعلم التسوق سوف نذكر أهم هذه التعريفات :

تعرفه الجمعية الأمريكية للتسويق بأنه القيام بأنشطة المشروع التي توجه تدفق السلع والخدمات من المنتج إلى المستهلك النهائي . كما عُرف التسويق من قبل (كونديف وستيل Cundiff and Stile) بأنه (العملية الإدارية التي يتم بواسطتها تحقيق الالتقاء بين السلع والأسواق).

ويعرفه ستانتون Stanton بأنه : (. نظام متكامل تتفاعل فيه مجموعة من الأنشطة التي تعمل بهدف تخطيط وتسعير وتوزيع السلع والخدمات للمستهلكين الحاليين والمرتقبين .

ويعرفه ابتشاين و ليدمان R . S . EPSTEIN , LIDEMAN بأنه: كل ما يتم إنجازه لإيصال المنتج للعميل ، وليس فقط بيع المنتج ، ولكن اكتشاف ثم تجهيز احتياجات ورغبات العميل.

وقدم برايد وفيريل W. M .PRIDE , FERRELL التعريف التالي : يتألف التسويق من الأفراد ، والأنشطة التنظيمية التي تهدف إلى تسهيل وتبادل الإرسال ضمن مجموعة بيئية ديناميكية.

فالتسويق كمفهوم يتضمن تطوير المنتج ووضع تسعيرته والتوزيع والاتصالات والاهتمام المستمر بحاجات العملاء المتغيرة ، وتطوير منتجات جديدة بخدمات إنتاج جديدة، وذلك لتلبية هذه الاحتياجات .

وعرفه R .KING بأنه " تقديم المنتجات الصحيحة للشخص المناسب في الوقت المناسب ، وبالسعر الملائم بهدف تلبية احتياجات العميل ورغباته .

وقد بين (روبرت كينج) الأركان الأساسية للمفهوم التسويقي الحديث فيما يلي :

١- إدراك أهمية الدور الاستراتيجي للمستهلك .
٢- أهمية الابتكار والخلق في ميدان التسويق .
٣- أهمية التسويق كنظام يتكون من أجزاء متكاملة ومتفاعلة.
٤- أهمية تقديم المنتجات الجديدة وتطوير المنتجات القائمة.
٥- أهمية إعادة وتغيير التنظيم وملاءمته لطبيعية نوع المشروع.
٦- ضرورة التخطيط الطويل والمتوسط وقصير الأجل في مجال التسويق.
٧- أهمية ودور البحوث التسويقية في جمع وتوفير المعلومات والبيانات اللازمة.
٨- أهمية وضرورة تحديد الأهداف ووضوحها .

وكما يشير أرنولد ستيفن STEPHEN ARNOLD وفق استقرائه لأدبيات الموضوع بأنه لا يوجد تعريف متفق عليه للتسويق فهو يحمل معاني مختلفة، ومع أن القواميس قد أسهمت

في توضيح تلك المعاني إلا أنها ليست في الواقع دقيقة إذ أنها تترك مساحة لنشاطات عديدة تدخل تحت إطار التسويق.

ويبدو أن تعريف (فيليب كوتلر) للتسويق والذي يحتوي علي (فلسفة ، ووظيفة ، ونمط للإدارة) يظل له وجاهته علي مر العصور ، والذي يصرح فيه بأن التسويق يمثل : " **عملية إدارية اجتماعية يحصل بموجبها الأفراد والمجموعات على ما يحتاجون، ويتم تحقيق ذلك من خلال إنتاج وتبادل المنتجات ذات القيمة مع الآخرين** . ومن خلال هذا التعريف يمكننا الوقوف علي العناصر التالية :

أولا : إدارة التسويــق

تشير إدارة التسويق إلى مجموعة من العمليات والمجهودات الديناميكية من التحليل والتخطيط والتنفيذ لما تقدمه المنظمة لتلبية احتياجات ورغبات العملاء .ويعتمد نجاح الإدارة التسويقية على مصداقية الأفراد ذوي العلاقة وعلى خطة العمل التي يتم تحديدها. ومن أهم الأنشطة التسويقية التي تمارسها إدارة التسويق التخطيط الاستراتيجي ، كذلك تنظيم المجهودات التسويقية وتمكين العاملين وتوجيههم لتحقيق التميز والتفرد التسويقي للمنظمة ولمنتجاتها ، هذا وتهتم إدارة التسويق بكافة عوامل الرقابة والمتابعة وقياس الأداء التسويقي في كافة المراحل .

ثانيا : الأســواق :

يمكن تعريف السوق على أنه مجموعة من العملاء المحتملين الذين يتشاركون في حاجات ورغبات محددة ولديهم الرغبة في دفع النقود لتلبية هذه الحاجات والرغبات. أن حجم السوق المتوقع للخدمة أو السلعة يحدد حسب رغبة ومتوسط دخل العملاء.

ثالثا : الحاجات والرغبات والطلبات

إن أساس التسويق يقع في حقيقة أن النفس البشرية تحتاج وترغب بالحصول على خدمات وسلع محددة. وبعض هذه الحاجات ضروري مثل الطعام والشراب، والبعض الآخر يرغبها الناس لجعل حياتهم أكثر سهولة ومتعة، مثل السيارات. وهناك فارق مهم بين الحاجة والرغبة. فمثلا قد يحتاج الناس للاتصال ويرغبون بإتمام ذلك عن طرق متعددة قد يكون التليفون أحدها .

رابعا : السلع والخدمات

يلبى الناس رغباتهم واحتياجاتهم من خلال الحصول على سلع وخدمات محددة. ففي حين تكون السلع مادية ملموسة يمكن للشخص امتلاكها وحملها وكسرها ولمسها، فان الخدمات تعرف بأنها تفاعل غير ملموس بين الناس ولا يمكن امتلاكها أو لمسها أو الوقوف عليها. ومن أمثلة الخدمات الفندقية والصحية والتعليمية ومشاهدة مباراة كرة قدم ...... وغيرها.

خامسا : التبادل والتعامل

يظهر التسويق من خلال هذين العملين. ويتضمن التبادل الحصول على السلع أو الخدمة المرغوبة بعرض شيء له نفس القيمة بالمقابل. يعتبر التبادل جوهر العملية التسويقية ، حيث إنه لا يوجد تسويق في حالة إشباع الاحتياجات عن طريق الاكتفاء الذاتي أو السرقة أو الإرغام أو الهبة من الغير، وتتطلب عملية التبادل توافر العديد من الشروط وهي :

١. أن يكون هناك طرفان على الأقل .
٢. أن يكون كل طرف لديه شيء ما ذو قيمة للطرف الآخر .
٣. أن يكون لكل طرف القدرة على الاتصال بالطرف الأخر وتسليمه هذا الشيء.
٤. أن يكون لكل طرف الحرية المطلقة لقبول أو رفض عرض الآخر ويوضح الجدول التالي بعض المنظمات و عملائها و المنتجات التي تقدمها لتحقيق عملية التبادل .

سادسا : القيمة والتكلفة والرضي

عندما تكون هناك منافسه في السوق، كيف يمكن للعملاء الاختيار بين الخدمات والشركات التي يتم التعامل معها؟ يحدد العملاء قيمة لتلك السلع أو الخدمات التي تحقق احتياجاتهم. هناك أيضا عامل جذب للشركات التي تقدم السلع والخدمات بتكلفة مناسبة. وفي مختلف قطاعات التسويق اليوم حيث تتنوع السلع والخدمات من المهم التعرف على الأشياء التي تناسب العملاء وتسعيرها طبقا لذلك.

ثانيا : أهمية التسويق للخدمات الطبية:

يعتبر التسويق وظيفة هامة وحيوية لجميع المنظمات والمؤسسات التي تنتج منتجات ولها عملاء.

حيث تبرز أهميته بما يلي:

١) حرية المريض في الاختيار بين المستشفيات.
٢) زيادة حدة التنافس بين المستشفيات إما لاجتذاب أمهر الأطباء أو لتطبيق أحدث منتجات التكنولوجيا الطبية لمواجهة حالات المرض.
٣) انخفاض درجة رضا المستفيدين عن الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات بصفة عامة والحكومية بصفة خاصة.
٤) يعمل التسويق على تحديد السوق المستهدف أي المستفيدين الحاليين والمرتقبين مع إمكانية اختراق الأسواق الحالية أو إضافة أسواق جديدة أو كليهما معاً.
٥) يبرز الدور الأهم للتسويق في ظل تنوع وازدياد أشكال الخدمات الطبية، وكذلك الحال في تكنولوجيا الخدمات الطبية.
٦) إن التسويق يمكن من التنبؤ بالطلب ويساعد في التحديد الأمثل للطاقات والتسهيلات اللازمة ويمكن من إشباع حاجات ورغبات الأفراد.
٧) تنبع أهمية التسويق من فشل المستشفيات في إدارة وظائفها التسويقية بفعالية، وهذا يعني إضافة تكاليف اقتصادية واجتماعية وضياعها. كما أن المئات من المستشفيات وخصوصاً تلك التي لا تهدف إلى الربح والتي تتلقى ملايين الليرات السورية وتؤثر على ملايين البشر، وغالباً ما نجدها لا تعمل بكفاءة فهناك الأسرّة الشاغرة والمرضى الذين يحتاجون للرعاية ولا يحصلون عليها، مما يعني ضياع موارد هذه المستشفيات وجعلها تذهب نحو المصروفات الإدارية وليس نحو الأسواق المستهدفة، وضياع الموارد المقدمة لها وتحقيق خسائر اقتصادية واجتماعية على حد سواء.
٨) على الرغم من المساعدات الممنوحة من قبل الدولة للمستشفيات، إلا أن هذه المساعدات لابد وأن تتجه للانخفاض نتيجة لازدياد حدة التضخم كظاهرة اقتصادية عالمية وقومية وتدهور الأحوال الاقتصادية للبلاد (أحياناً) وهذا يعني ضرورة اتجاه المستشفيات نحو الأسواق المستهدفة، وترشيد استخدام الموارد المتاحة، وضرورة الوصول إلى المتبرعين والمساهمين وجذبهم لتدعيم أنشطة المستشفى من خلال الأنشطة التسويقية .

ثالثا : التخطيط التسويقي للخدمات الطبية:

أصبح التخطيط التسويقي يلقى اهتمام مختلف منظمات الأعمال، حيث يساعدها في المستقبل ويساعد المنظمة في توقع تلك الأحداث والتجاوب معها داخل استراتيجية المنظمة. لقد تحقق المديرون للحاجة للتخطيط ليس فقط لمساعدتهم في اتخاذ القرارات التسويقية، وإنما أيضاً للنظر في القرارات المتخذة اليوم، وتظهر أهميته جلياً في ظل البيئة المعقدة المتغيرة المحيطة.

يمكن تلخيص التخطيط التسويقي بـ "عملية دراسة الفرص التسويقية الممكنة، ومن ثم تحديد التصرفات اللازمة والمواد الضرورية لاستغلال هذه الفرص بما يمكن من تحقيق الأهداف المرغوبة، ويقسم إلى نوعين:

. تشغيلي *Operational planning* يتعلق بالأعمال اليومية والأنشطة الحالية.

. استراتيجي ***Strategic planning*** يتعلق بالأعمال طويلة الأجل.

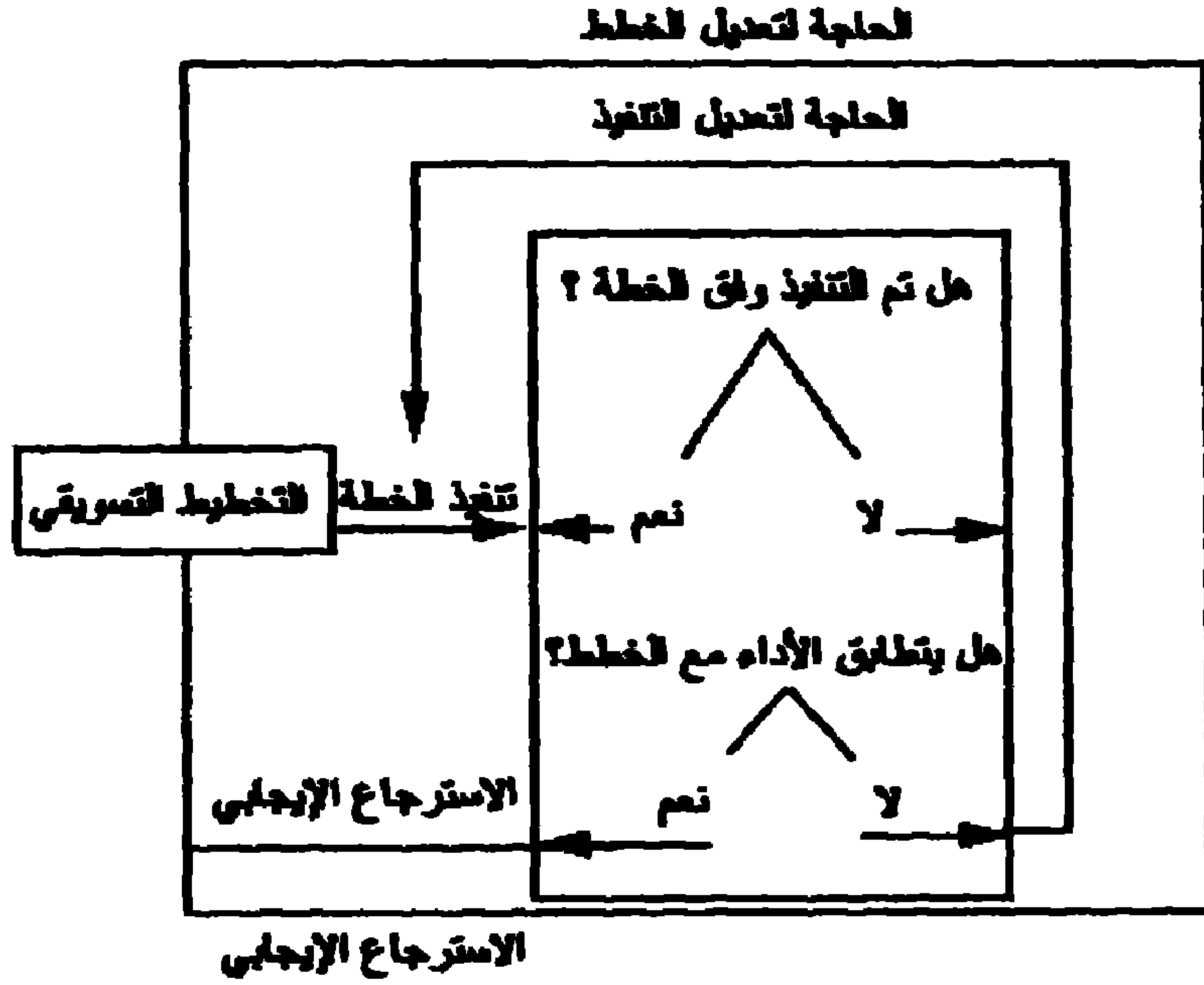
ويتعدى التخطيط التسويقي تشخيص الوضع الحالي ليتنبأ بالمستقبل، حيث يحدد ما يجب عمله وفق التنبؤات المتوقعة حول تغيرات السوق.

الخطة التسويقية:

تمثل ناتج عملية التخطيط حيث توثق نتائج التخطيط التسويقي الاستراتيجي وبشكل رسمي وتلخص الوضع الحالي، حيث تحدد أهداف المنظمة ومن ثم ترسم الاستراتيجيات والبرامج التي تمكن المنظمة من بلوغ أهدافها.

وبتطبيق ما سبق على المستشفيات: فإن التخطيط التسويقي في المستشفيات هو تخطيط تشغيلي، يومي، أسبوعي، وشهري، كما أنه على المستشفي وضع خطة تسويقية والعمل على تنفيذها والاهتمام بما يسمى بالمراجعة التسويقية ***The marketing audit*** ونعني بذلك الرقابة على تنفيذ الخطة للتأكد من تأدية أنشطتها وتقييمها بشكل دوري مع المعايير الموضوعة ومن ثم إقرار التعديل في الخطة أو الاستمرار فيها.

ويمكن تلخيص ذلك بالشكل رقم (٦/١):



(ترابط التخطيط، التنفيذ، الرقابة)

الشكل رقم (٦/١)

التخطيط التسويقي في المستشفي

<u>مكونات التخطيط التسويقي في المستشفيات:</u>

١ ـ تحديد الوضع الحالي للمستشفي (أعداد المرضى في العيادات الخارجية والأقسام الداخلية، الحالة المالية، المنافسة..).

٢ ـ تحديد أهداف المستشفي والحرص على اتفاقها مع رسالته.

٣ ـ وضع الخطط الاستراتيجية والبرامج التنفيذية لتحقيق الخطط مع الاحتياط للمفاجآت وأساليب تقويم الأداء.

٤ ـ الرقابة على الخطة.

رابعا : المزيج التسويقي للخدمات الطبية:

يتألف النشاط التسويقي من أربعة عناصر أساسية كما حددها "جيرم ماكارثي " الأستاذ والاستشاري صاحب الجوائز والتي أطلق عليها مسمي المزيج التسويقي Marketing Mix وجميعها تبدأ بالحرف P الانكليزية ، ويشار إليها باختصار على أنها Four P'S ، وتتمثل في **المنتج Product** : يعني الشيء الذي يتكون من عدة عناصر تحقق منفعة لمن يحصل عليه أو يستفيد منه، ويتملكه في أي صورة كان ، **والمكان Place** : الذي يشير إلي الترتيبات التي تعمل لجعل المنتج في متناول العميل ووصوله إلى السوق المستهدف ، **والترويج Promotion** : الذي يعني نشاط الاتصال مثل الإعلان و ترويج المبيعات و البريد المباشر و تنشيط المبيعات والنشر ، **السعر price** : يعني سعر المنتج مقابل الحصول عليه والانتفاع به . ويوضح الشكل رقم (٢/٦) هذه العناصر:



الشكل رقم(٦/٢)
عناصر المزيج التسويقي

وفيما يلي نبذة مختصرة عن كل عنصر من عناصر المزيج التسويقي :

أولاً: المنتج (الخدمة الطبية):

أ ـ تعريف الخدمة:

يكون من الصعب أحياناً إعطاء تعريف محدد لنشاط إنساني وفكري متعدد الاتجاهات والأبعاد، ولا تبتعد الخدمات كثيراً عن هذا المضمون، لذا فقد وردت عدة تعاريف للخدمة، فقد عرفت على أنها: "منتج غير مادي يحتوي في مضمونه على عمل وأداء لا يمكن امتلاكه مادياً".

لقد أعطى هذا التعريف في مضمونه خاصية للخدمة في أنها لا تمتلك مادياً، إلا أنه بمكن الانتفاع بها حتى دون امتلاكها، ويمكن أن تحقق الرضا لدى المستهلك، كما

عرّفت أيضاً على أنها: "جميع النشاطات والعمليات التي تحقق الرضا لدى المستهلك مقابل ثمن ودون أن يتضمن تقديمها أي خطأ".

ما يميز هذا التعريف هو أن الخدمة لابد أن تقدم دون خطأ، لكي تحظى برضا المشتري (المستفيد)، وهذا ما يبرز بالخدمة الطبية أكثر من أي مجال آخر من الخدمات، أي لابد من التأكيد على مسالة الجودة *(Quality)* في تقديم الخدمة الطبية كاستراتيجية متقدمة في العمل الإداري للمؤسسات الصحية.

ب ـ خصائص الخدمات الطبية:

تتمتع الخدمة الطبية كغيرها من الخدمات بمجموعة من الخصائص تميزها عن المنتجات الأخرى غير الملموسة *intangibility*، أي عدم إمكانية مشاهدتها ولمسها، تزامن إنتاجها مع استهلاكها *Inseparability* أي أنها تنتج وتقدم للانتفاع في وقت واحد، التباين *Heterogeneity* أي عدم القدرة على تقديم المستوى نفسه من جودة الخدمة، فالطبيب يصعب عليه التعهد بتقديم خدمات متماثلة ومتجانسة على الدوام، الهلاك *Perishability* أي عدم إمكانية تخزينها والاحتفاظ بها لحقبة من الزمن، عدم التملك *Lack of ownership* أي عدم إمكانية الانتفاع بها أو التمتع بحق امتلاكها.

إضافةً للخصائص السابقة، يمكننا أن نخص الخدمات الطبية بمجموعة من المميزات ، منها :

- تتميز خدمات المستشفي بكونها عامة للجمهور، وتسعى من تقديمها إلى تحقيق منفعة عامة لمختلف الجهات والأطراف المستفيدة.
- تتميز بكونها على درجة عالية من الجودة فهي مرتبطة بحياة الإنسان وشفائه وليس بأي شيء آخر يمكن تعويضه أو إعادة شرائه.
- تتأثر المستشفيات بصفة خاصة بالقوانين والأنظمة الحكومية سواء كانت تابعة للدولة أو للقطاع الخاص.
- في منظمات الأعمال، تكون قوة القرار بيد شخص واحد، أو مجموعة من الأشخاص يمثلون الإدارة، في حين تتوزع قوة القرار في المستشفي بين مجموعة الإدارة ومجموعة الأطباء.
- نظراً لتذبذب الطلب على الخدمة الطبية في ساعات اليوم أو الأسبوع أو الموسم وبهدف الاستجابة إلى أقصى حد ممكن من الخدمات، فهذا يستوجب الاستعداد المبكر وحشد الطاقات الإدارية والفنية لإنتاج الخدمة الطبية لطالبيها وعدم إمكانية التأخر والاعتذار عن الاستجابة للطلب لأن في ذلك إخفاق في مهمة المستشفي الإنسانية.

ج- أنواع الخدمات الطبية:

تقسم الخدمات الطبية إلى :

١ . خدمات طبية مرتبطة بصحة الفرد وتتعلق بالتشخيص والعلاج وتؤدى عبر الأقسام الآتية:

. قسم الأمراض الداخلية *Internal medical dept*.
. قسم الأمراض الجراحية *Surgery dept*.
. قسم الأطفال *Pediatrics dept*.
. قسم التوليد وأمراض النساء *Obstetrics & Gynecology dept*.
. قسم أمراض المخ والأعصاب .
. قسم العلاج الطبيعي (المعالجة الفيزيائية) *Physical medicine rehabilitation dept*.
. قسم التخدير والإنعاش
. قسم الإسعاف والطوارئ *Emergency dept*.
. قسم العيادات الخارجية *Outpatient dept*.
. طبابة العاملين.
. قسم المختبر *Laboratory*.
. قسم الأشعة *radiography dept*.

٢ . خدمات طبية مساعدة: تشمل كل ما يتعلق بالرعاية السريرية داخل المستشفي، ويندرج ضمنها:

. خدمات التمريض *Nursing services*.
. خدمات الصيدلية *Pharmacy*.

٣ . الرعاية الصحية: تهدف الرعاية الصحية إلى تعزيز وتشجيع المستوى الصحي للأفراد والجماعات بالجوانب الجسدية والنفسية والعقلية والذهنية والاجتماعية كافة. ولعل من المفيد الإشارة إلى أن هناك خطأ شائعاً بين الناس وحتى بين الأطباء والمهنيين في حقل الصحة والطب بالخلط بين مفهومي المعالجة الطبية *Curing* وللرعاية الصحية *Caring* حيث ينظر إليهما على أنهما متطابقان، إلا أن ذلك خطأ؛ لأن المعالجة الطبية ما هي إلا فرع أو ميدان من ميادين الرعاية الصحية وإذا كانت المعالجة الطبية هي التي تتعامل مع المرضى فإن الرعاية الصحية لا تنتظر حتى وقوع المرض، بل تعمل على منع حدوثه بوسائل عديدة، وإذا ما حدث المرض تتدخل لمعالجته (أي أن نشاط الرعاية يكون فعالاً مع المعالجة) ولا ينتهي عمل الرعاية عند هذا الحد، ففي كثير من الأحيان لا يكفي العلاج وحده بل يتطلب مرحلة لتأهيل المريض بعد إجراء العمل الجراحي والعلاج.

٤ . يمكننا إضافة قسم آخر لا يمكن إهماله إطلاقاً، ويتعلق بصحة المجتمع أو ما يسمى بالخدمات الصحية البيئية وترتبط بالحماية من الأوبئة والأمراض المعدية، التدهور الصحي الناتج عن سلوك الأفراد والمشروعات، وهي خدمات صحية وقائية تقيه من الأمراض كاللقاحات وخدمات الرقابة الصحية على متاجر الغذاء وخدمات مكافحة الحشرات إضافةً إلى خدمات الإعلام ونشر الوعي الصحي.

د- مزيج الخدمات الصحية :

١- تعريف :

- مزيج الخدمات الصحية هو عبارة عن كافة الخدمات الصحية التي تقدمها المنظمة الصحية الواحدة للسوق
- خط الخدمات هو عبارة عن مجموعة من الخدمات التي تقدمها المنظمة والتي يرتبط كل منها بالآخر. سواء من حيث أن لها خصائص متشابهة أو أنها تشبع حاجات معينة أو تباع لنفس الفئة من العملاء أويتم توزيعها طريق نفس منافذ التوزيع.

٢- أبعاد المزيج :

- **الاتساع** : يشير اتساع مزيج الخدمات إلى عدد خطوط الخدمات الصحية المختلفة التي تقوم المنظمة بتقديمها لعملائها من خلال عملياتها الفنية والإنتاجية.
مثال: مستشفي الصفاء الدولي لديها متسع من الخدمات الصحية حيث يوجد لديها ثمانية خطوط للخدمات(خدمات صحية خاصة بالنساء والتوليد ،خدمات صحية خاصة بالعظام ، خدمات صحية خاصة بالأسنان ، خدمات صحية خاصة بالتحاليل ،خدمات صحية خاصة بالأشعة ، خدمات صحية خاصة بالأطفال ، خدمات صحية خاصة بالأمراض الباطنية ، خدمات صحية خاصة بالمخ والأعصاب)
- **الطول:** يقصد به عدد الخدمات المختلفة في كل خط خدمات.
- **العمق** : ويقصد به عدد الأنواع المختلفة لكل خدمة طبية كتوفير الخدمات الصحية بأسعار مختلفة وفي أوقات مختلفة وبأشكال متعددة. كذلك عدد الخدمات داخل خط الخدمات مثلاً مستشفي تقدم خدمات جراحية قد تقدم جراحة القلب، جراحة بولية...إلخ.
- **التناسق:** يعني أوجه التشابه والتناسق بين الخدمات كأن يتم توفيرها للعملاء أو يستخدم في توزيعها قنوات توزيع واحدة أوهناك تقارب في أسعارها .

٣-إستراتيجية تطور مزيج الخدمات :

- **التوسعة** : توسيع التشكيلة بإضافة نماذج جديدة .

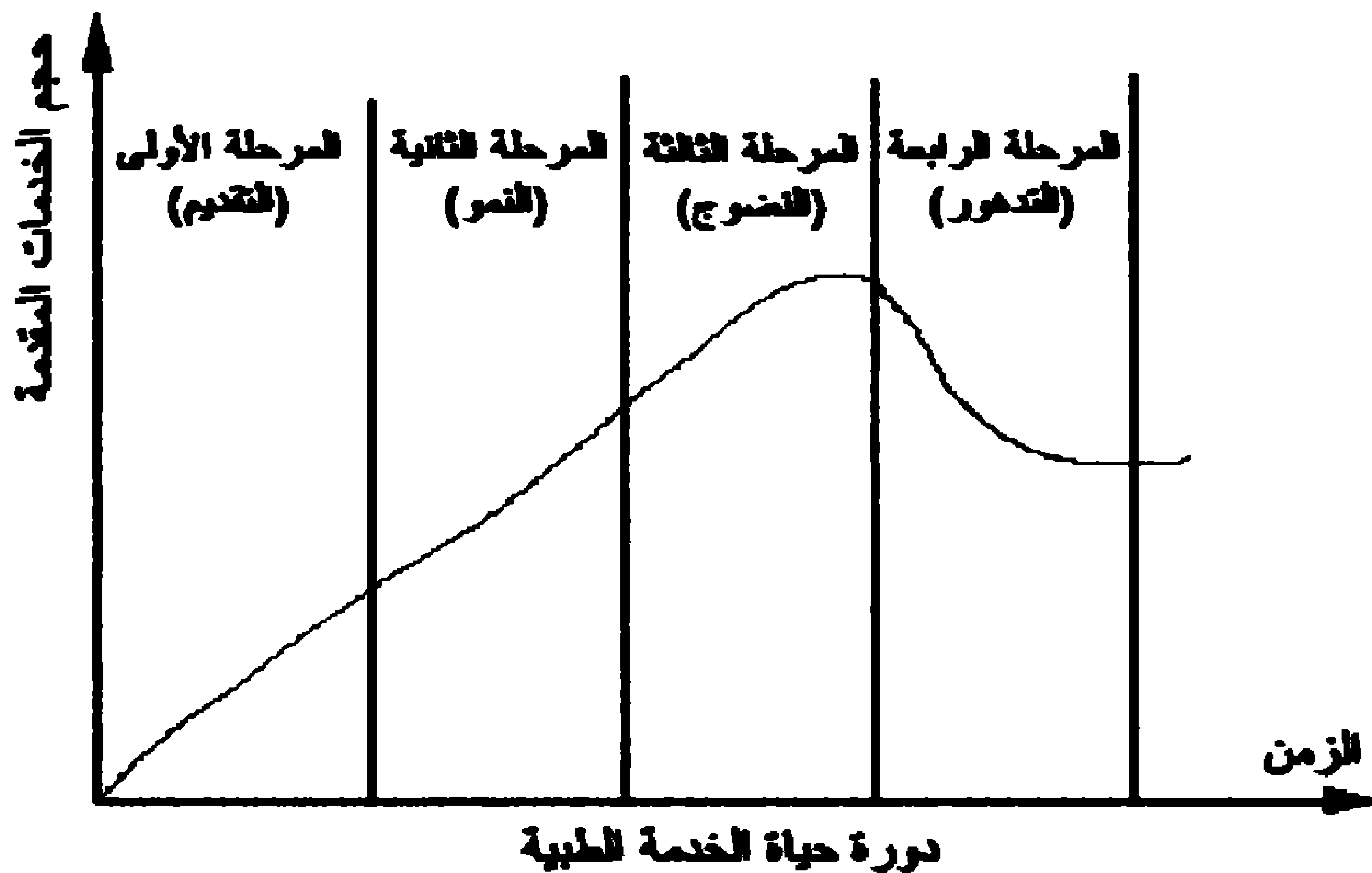
- **التحديث** : تعني تكييف الخدمات القديمة وذلك بإجراء تحسينات وتعديلات عليها من اجل إعادة تقديمها .
- **التخفيض**: التخلي عن بعض الخدمات التي أصبحت في طريق الزوال وليس لها إي مرودية.

٤- تحليل محفظة الخدمات:

لقد حقق ما يسمى بمحفظة الخدمات نجاحا كبيرا في وضع الاستراتيجيات للمنظمات الصحية المتعددة المنتجات حيث جرى استخدامه بشكل كبير في تحليل الخدمات الصحية للمنظمة ..

هـ- دورة حياة الخدمة الطبية:

تبدأ دورة حياة الخدمة الطبية بتاريخ تقديمها، وكأي منتج آخر تمر دورة حياتها بأربع مراحل، سنأتي على ذكرها بعد تمثيلها بالشكل رقم (٦/٣):



الشكل(٦/٣)
دورة حياة الخدمات الطبية

من الشكل السابق يتضح أن أغلب المنتجات تمر بمراحل دورة الحياة منذ فترة ظهورها ، ويسهم تحديد تلك المراحل في وضع الخطط التسويقية.

١. مرحلة تقديم الخدمة:

حيث يتأثر قرار إقبال العميل علي الخدمة في هذه المرحلة بعدة عوامل منها :

- مقاومة بعض العملاء لإحلال الخدمة الجديدة محل الخدمة القديمة.

- قلة المنافسين في السوق.
- ارتفاع سعر الخدمة نتيجة ارتفاع التكاليف.
- مقاومة توزيع الخدمة الجديدة.
- كثافة الحملات الإعلانية.

مما سبق يتضح أن إيرادات الخدمة في هذه المرحلة في حالة انخفاض لأنها غير معروفة، وعلى المستشفي أن تسعى لتقصير هذه المرحلة عن طريق إعلام المستفيدين بالخدمة الجديدة والقيام بحملة إعلانية منظمة ومدروسة.

٢. مرحلة النمو:

هي المرحلة التي تتصف بها الخدمة بالقبول من جانب السوق ويتأثر قرار إقبال العميل في هده المرحلة بجملة عوامل منها : زيادة عدد المنافسين ، اتجاه الأسعار نحو الانخفاض.

مما سبق يتضح أن الأرباح في هذه المرحلة تتسم بالارتفاع ، مع وزيادة حدة المنافسة، وتتطلب ذلك من المستشفي إتباع سياسة تسويقية تعتمد على تمييز المستشفي عن غيرها.

٣. مرحلة النضج:

خلال هده المرحلة تتزايد مبيعات الخدمات ولكن بمعدلات اقل من المعدلات السابقة ، وان المنافسة الشديدة في هده المرحلة تؤدي إلى تخفيض الأسعار وتزداد نفقات التسويق ويتأثر قرار إقبال العميل في هذه المرحلة فيما يلي:

- إجراء تعديلات علي الخدمات.
- انخفاض عدد المنافسين وبالتالي بقاء المؤسسات الكبيرة التي تتصف بمزايا تنافسية

مما سبق يتضح أن هذه المرحلة تعتبر أطول مرحلة من دورة حياة الخدمة وحتى المستشفي تسعى عن طريق استخدام أساليب ترويجية مختلفة وتطوير الخدمة: اجتذاب مستخدمين جدد لإطالة مدة هذه المرحلة التي تتسم بزيادة الإيرادات مع ازدياد حدة المنافسة، كما يلاحظ في هذه المرحلة أن الإيرادات بدأت بالانخفاض إما لتفوق المنافسين أو لأن المستشفي فقدت تميزها عن غيرها من المستشفيات.

٤. مرحلة التدهور :

تنخفض المبيعات خلال هده المرحلة نتيجة التقدم التكنولوجي والتغير في احتياجات ورغبات العملاء.

أن الاسم والعلامة التجارية يساعدان العميل على معرفة السلعة التي يحتاج إليها من بين السلع المعروضة لكي يتمكن من التفرقة ما هو ملائم لإشباع حاجاته وما هو غير ملائم .

بعد أن أخذت إيرادات الخدمة بالانخفاض تصل الخدمة إلى مرحلة التدهور التي تجبر المستشفي إما لتحسين الخدمة أو. لمراجعة برنامجها الإنتاجي أو. إسقاطها من مزيج الخدمات.

الاستراتيجيات المتعلقة بالخدمات الصحية :

أولا: استراتيجيات التسويق خلال دورة حياة المنتج:

حدد (kotler) عدة استراتيجيات تسويقية تبعا لدورة حياة المنتج وكما مبين أدناه :

أ- استراتيجيات التسويق في مرحلة التقديم :

بإمكان المنظمة إتباع إحدى الاستراتيجيات الأربعة التالية :

(١) إستراتيجية الاستخلاص السريع:

تتألف بالبدء بمنتج جديد بسعر مرتفع وبمستوى ترويج عالي . وتتقاضى الشركة سعرا مرتفعا لغرض استعادة ما يمكن من الأرباح لكل وحدة وتقوم هذه المنظمة بتكثيف الترويج لزيادة التغلغل في السوق.

وتكون هذه الإستراتيجية مقبولة مع الافتراضات التالية:

١. يكون جزء كبير من السوق المحتمل غير مدرك للمنتج.
٢. يتحمس الذين يدركون المنتج لاقتنائه ويستطيعون دفع السعر المطلوب.
٣. تواجه المنظمة منافسة محتملة وتريد بناء أولوية للعلامة التجارية.

(٢) إستراتيجية الاستخلاص البطيء:

تتألف بالبدء بمنتج جديد بسعر مرتفع ومستوى ترويج عالي يساعد السعر المرتفع في استعادة ما يمكن من الأرباح ، ويبقى المستوى المنخفض من الترويج تكاليف التسويق منخفضة ومن التوقع أن تستخلص هذه التركيبة الكثير من الأرباح من السوق.

وتكون هذه الإستراتيجية مقبولة عندما:

١- غالبية السوق يدرك المنتج.
٢- يرغب المشترون في دفع سعر مرتفع.
٣- المنافسة المحتملة غير وشيكة (قريبة).

(٣) إستراتيجية التغلغل السريع:

تتألف بالبدء بمنتج بسعر منخفض والإنفاق بإسراف عن الترويج. تقوم هذه الإستراتيجية بتحقيق أسرع تغلغل في السوق وأكبر حصة في السوق.

وتكون هذه الإستراتيجية مقبولة عندما:

١- تكون السوق كبيرة الحجم.
٢- لا يدرك السوق المنتج.
٣- يكون أغلب المشترين حساسين تجاه السعر.
٤- هنالك منافسة قوية محتملة.

(٤) إستراتيجية التغلغل البطيء:

تتعلق بإنتاج منتج جديد بسعر منخفض ومستوى منخفض من الترويج يشجع السعر المنخفض على القبول السريع للمنتج وتؤدي تكاليف التشجيع المنخفضة إلى رفع الأرباح تعتقد المنظمة بأن طلب السوق يكون حساسا للغاية تجاه السعر ولكنه قليل الحساسية تجاه الترويج وتكون هذه الإستراتيجية مقبولة عندما:

١- تكون السوق كبيرة الحجم.
٢- يدرك السوق المنتج.
٣- يكون السوق حساسا باتجاه السعر.
٤- هناك منافسة محتملة.

<u>ب- استراتيجيات التسويق في مرحلة النمو:</u>

خلال مرحلة النمو تستخدم المنظمة الاستراتيجيات للحفاظ على النمو السريع للسوق قدر الإمكان وذلك عن طريق:

١- تحسين وتطوير نوعية المنتج وبإضافة خصائص جديدة للمنتج.
٢- إضافة نماذج جديدة ومنتجات جانبية.
٣- الدخول في أجزاء جديدة في السوق.
٤- تزيد من تغطيتها للتوزيع وتدخل قنوات توزيع جديدة
٥- تخفيض الأسعار لكي تجذب المشترين الحساسين تجاه السعر.

ستقوى المنظمة التي تتبع إستراتيجيات التوسع في السوق هذه من موقعها التنافسي

.

<u>ج- استراتيجيات التسويق في مرحلة النضج:</u>

في مرحلة النضوج تتخلى بعض المنظمات عن المنتجات الضعيفة وتفضل منتجات ذات الربح العالي والجديد.

إن الاستراتيجيات المتبعة هنا هي:

١ - استراتيجيات تعديل السوق:

من المحتمل أن تحاول المنظمة توسيع السوق بعلامتها التجارية عن طريق التعامل مع عاملين يؤلفان حجم المبيعات .

وحجم المبيعات هو عدد مستحقي العلامة التجارية X نسبة الاستخدام لكل مستخدم وتستطيع المنظمة أن توسع عدد مستخدمي العلامة التجارية عن طريق:

١- تحويل غير المستخدمين المنتج إلى مستخدمين له.
٢- الدخول في أجزاء جديدة للسوق.
٣- كسب المنافسين عن طريق جذبهم عند تقديم المنتج بطريقة جديدة.

٢- إستراتيجية تعديل المنتج:

في هذه الإستراتيجية تقوم المنظمة بمحاولة الحفاظ على المبيعات الحالية عن طريق قيامها بتعديل المنتج حتى تجذب مستهلكين جدد للمنتج.

وإن عملية إعادة تقديم المنتج للسوق يمكن أن تكون بتحسين نوعيته أو تحسين خصائصه.

وإن هذه العملية تعود بالنفع على المنظمة من خلال تحسين قدراتها في نظر المستهلكين وأيضا من خلال محاولتها لكسب زبائن مرتقبين.

٣- إستراتيجية تعديل مزيج التسويق:

يمكن أن يحاول مدراء المنتج تحفيز المبيعات عن طريق تعديل العناصر الأخرى لمزيج التسويق كأن يكون تخفيض أو زيادة السعر أو البقاء على منفذ توزيعي معين أو الدخول في منافذ أخرى جديدة .

د- إستراتيجية التسويق في مرحلة الانحدار:

في هذه المرحلة تكون الإستراتيجية المتبعة هي إستراتيجية وقف إنتاج السلعة وتقرر المنظمة هنا ما إذا كان هذا الوقف بسرعة أو ببطء أو بالتدرج.

ثانيا: الاستراتيجيات البديلة لمزيج المنتجات:

إن التطرق لأنواع الاستراتيجيات البديلة لمزيج المنتجات يسلط الضوء على البدائل التي يتم تناولها في مجال الاختيار الاستراتيجي المتعلق بمزيج المنتجات وكذلك لتوضيح أهم الاستراتيجيات التي ترغب المنظمة بتغيير مزيج منتجاتها على ضوء توفر الإمكانيات والموارد المتاحة والمنافسة القائمة.

بشكل عام هناك أربعة خيارات إستراتيجية تمثل استراتيجيات المنتجات الاعتيادية وهي:

١- إستراتيجية التمييز:

إن المنظمة تحاول هنا أن تميز منتجاتها عن منتجات أخرى من نفس النوع المقصود وتطوير العمق بإضافة منتجات جديدة على خط المنتجات أي يزيد عدد المنتجات ولكن لا تتخلى عن ما هو موجود من منتجات سابقا والتي تعمل ضمن نفس الصناعة حيث أن التمييز يكون عن طريق التصميم ، العلامة والأغلفة وهذا يعني أن المنظمة تقوم بإجراءات على المنتج سواء كان هذا التغيير بالحجم أوفي الشكل أوفي العلامة التجارية، وتستخدم هذه الإستراتيجية عندما تشتد المنافسة مع زيادة في عدد الأسواق المحيطة بالمنظمة وكذلك تتبع في حالة وجود طاقات إنتاجية فائضة أو عاطلة، ووجود موارد مالية وبشرية بحيث يمكن الاستفادة منها في منتجات جديدة متشابهة في ظروف إنتاجها وتسويقها مع المنتجات القائمة. وهذا يعبر عن أحد الأبعاد وهو تناسق مزيج أو تكامل مزيج المنتجات.

٢- إستراتيجية التنويع:

ويعني ذلك إضافة خطوط جديدة إلى خطوط منتجاتها الحالية التي تختلف استخداماتها عن المنتجات الأخرى ولكن تحت نفس العلامة. وهذا يعني أن المنظمة تسعى إلى تعميق مزيج منتجاتها، بالتنويع هنا يعني أن المنظمة تتوسع في إعطاء الفرص للاختيار أمام مستهلك وذلك عن طريق تقديم مجموعة من المنتجات الجديدة وعن طريق دخولها إلى أسواق جديدة من خلال إضافة خط أو عدة خطوط إنتاجية.

ويمثل هذا النوع إستراتيجية المنظمة نحو النمو، وهذا يتطلب مهارات عالية، تقنية جديدة، فضلا عن تسهيلات مالية متعددة كما يتطلب الأمر إحداث تغيرات تنظيمية ومالية في هيكل الأعمال داخل المنظمة والتي تمثل حالة جديدة عن الماضي. وتعتمد هذه الإستراتيجية على البحث والتطوير لإنتاج منتجات جديدة في المنظمة، ويساعد التوزيع على تقليل مخاطر هبوط الطلب على بعض المنتجات والتقلبات الموسمية وذلك عن طريق إنتاج منتجات جديدة لكافة المواسم، ويقع على عاتق المنظمة التي تبغي إتباع إستراتيجية التنويع إدخال منتجات جديدة على مزيج منتجاتها مع مراعاة الأمور التالية:

- البعد السوقي – البعد التكنولوجي – البعد الوظيفي.

٣- إستراتيجية التعديل:

يقصد بها تطوير أو تغيير بعض الصفات للمنتجات القائمة مع إبقاء عدد المنتجات ثابت. وقد يرجع السبب في التعديل نتيجة لتغيير أذواق أو حاجات ورغبات المستهلكين أو لمسايرة التطور أوقد تكون التعديلات تفرضها ظروف موسمية أو سنوية نتيجة لعدم نجاح بعض المنتجات.

ويمكن أن يتم التعديل على نحو تدريجي على خط المنتجات، فعلى سبيل المثال تبدل الموضة التي تحدث موسمية أو سنوية (الملابس) حيث يعطي المنظمة فرصة لملاحظة ردود أفعال المستهلكين قبل التعديل، فإذا كانت هذه الردود إيجابية تعدل وبذلك يكون المطلوب لذلك السيولة النقدية قليلة.

إن التعديل التدريجي يعاب عليه أنه قد يعطي فرصة للمنافسين للتعديل قبل المنظمة المعنية لحين ما تقوم المنظمة بالتعرف على ردود الأفعال.

٤- إستراتيجية الانكماش:

تعني هذه الإستراتيجية استبعاد خطوط منتجات قائمة أو تبسيط بعض التشكيلات داخل خطوط المنتجات بهدف التبسيط في خط المنتجات وإسقاط منتجات غير مربحة والتركيز على المنتجات المربحة فقط أو إسقاط المنتجات ذات الطراز القديم والتي أصبحت لا تشكل طموح المشترين ولا تلبي حاجات ورغبات المستهلكين. والاستمرار بإنتاج المنتجات المطلوبة في السوق فقط.

وتقوم المنظمات بتقليص عدد المنتجات الداخلية في الخط الواحد أو عدة خطوط إنتاجية. فالمنتجات التي تحقق أرباح متدنية والتي يتم التعرف عليها من خلال تحليل الكلفة والمبيعات يتم إسقاطها من الخط لتستطيع المنظمة بعد ذلك من تركيز جهودها على المنتجات المربحة وأن تحقق أرباحا أعلى على المدى البعيد من المنتجات القائمة حاليا. كما يمكن للمنظمة أن تبسط من خط منتجاتها عندما يكون هناك نقص في الطاقة الإنتاجية وأن الطاقة الإنتاجية لا تستوعب إنتاج جميع المنتجات المطلوبة وبنفس النوعية أو عندما تكون الظروف الاقتصادية العامة سيئة أوفي حالات الحروب وعدم توافر المواد الأولية اللازمة للعملية الإنتاجية.

تطوير الخدمات الصحية الجديدة:

تستطيع المؤسسة أن تطور منتجات جديدة من خلال :

١-عن طريق التملك:

يعني أنها يجب أن تتبع واحدا أو أكثر من الأساليب التالية :

- قيام المؤسسة بشراء حقوق اختراعات وابتكارات من مؤسسات أخرى
- قيام المؤسسة بشراء حقوق امتياز لإنتاج منتجات مؤسسات أخرى

في هذه الأساليب المؤسسة لا تطور منتجات جديدة وإنما تقوم بامتلاك حقوق منتجات قائمة.

٢- عن طريق تطوير منتج جديد:

إن عملية تطوير منتج جديد يمكن أن يأخذ مسارين رئيسيين :

- قيام المؤسسة بتطوير منتجات جديدة في مختبراتها
- قيام المؤسسة بتكليف عدد من الباحثين المستقلين أو وكالات متخصصة في مجال تطوير المنتجات وتكليفها بالبحث عن انجح الوسائل لتطوير منتجات جديدة تحمل اسم الشركة.
- الأشكال المختلفة للتطوير : يوجد ٦ أنواع من المنتجات الجديدة

١- منتجات جديدة تماما لم تكن معروفة

٢- علامات جديدة

٣- توسعة المزيج السلعي بإضافة خطوط لمنتجات جديدة

٤- إجراء تحسينات وتعديلات على منتجات قائمة

٥- إعادة ترتيب مواقع المنتجات وتوجيه منتجات جديدة إلى أسواق جديدة

٦- تقليص التكلفة من خلال إنتاج منتجات جديدة بتكلفة اقل

٤- شروط نجاح المنتجات الجديدة:

لنجاح المنتجات الجديدة لابد من توفر عدة شروط موضوعية ووجود إدارة ابتكاريه قادرة على رسم استراتيجيات فاعلة للمنتجات الجديدة لذلك فان رجال التسويق يعتقدون وجود ستة أدوار إستراتيجية ينبغي على الشركة القيام بها لدعم وتعزيز منتجاتها الجديدة وهي :

١- الحفاظ على وضع المنتج المبتكر

٢- الدفاع عن حصة المنتج في السوق

٣- ضمان مواطئ قدم في سوق مستقبلية

٤-الاستحواذ على جزء من السوق

٥- الإنماء التكنولوجي بطريقة جديدة

٦- تعزيز مكامن القوة في إستراتيجية التوزيع

٥- مراحل تطوير المنتجات الجديدة:

عموما تمر عملية تخطيط المنتجات الجديدة وفق المراحل التالية:

١- إيجاد الفكرة : في هده المرحلة يجب الحصول على أفكار جديدة عن السلع والخدمات المرغوب فيها من قبل المستهلكين في السوق المستهدفة ويتم تجميع هده الأفكار الجديدة أما عن طريق المصادر الداخلية للمؤسسة مثل : قسم الأبحاث والتطوير ، قسم التسويق أو عن طريق مصادر خارجية كالمستهلكين أو أوساط المنافسين

٢- الغربلة : بعد عملية الحصول على الأفكار تأتي عملية غربلتها للاحتفاظ بالأفكار التي تصلح للمؤسسة ويحذف تلك الأفكار الأقل واقعية والتي تبدو غير ممكنة التحقيق ، ومن الطرق المستعملة في تقييم الأفكار المتوفرة : أسلوب المناقشة من

قبل المعنيين بالأمر والتي تتضمن مدى جاذبية الفكرة من الناحية المالية ودرجة استجابة المستهلكين

٣- التقييم الاقتصادي للأفكار : وذلك من خلال دراسة تكلفتها المالية وتقدير الطلب المتوقع عن السلعة المقترحة في حالة إنتاجها وتستعمل المؤسسة عدة أدوات لتحليل الجدوى الاقتصادية كشجرة القرارات وتحليل التكاليف

٤- التطوير الأولي للسلعة أو الماركة : ويتم هذا بعد تحديد مجال الاختيار لكافة الأفكار المتوفرة في عدد قليل جدا من الأفكار يتراوح بين ١-٣ فكرة ، بعدها يتم العمل بإجراء اختبارات عملية بهدف إنتاج عدد قليل من نماذج السلعة مع وضع تصور حول شكل العبوة ورسم الماركة الجديد، وكذلك وضع تصور عام لشكل المزيج التسويقي المراد اختباره في هذا السوق

٥- اختبارات السوق: يتم اختبار سوق السلعة الجديدة المقترحة عن طريق اختبار منطقة محددة وعلى شكل واسع في محل تجاري ثم قياس رد فعل المستهلكين المترددين على هذا المحل بالنسبة للسلع المقترحة والمزيج التسويقي المقترح لتلك السلعة

٦- التقييم النهائي: في هذه المرحلة يتم إنتاج السلعة الجديدة بعد نجاح فترة اختبارها في عدد من الأسواق المحتملة لتنافس السلع والماركات الأخرى

٧- وأخيرا تحتل المتابعة دورا هاما في نجاح عملية تقديم المنتجات الجديدة إلى الأسواق حيث يتم:

- متابعة عملية تقديم المنتج الجديد للسوق
- متابعة تنفيذ البرنامج التسويقي
- متابعة مدى استجابة المستهلكين للمنتج
- متابعة حجم المبيعات أولا بأول

ثانياً: التسعير:Pricing

يمثل عنصر السعر بالنسبة للخدمات الطبية المقابل المادي أو التعويض عن القيمة المقابلة للخدمة، ويشمل أيضاً اعتبارات غير ملموسة وهي في غاية الأهمية مثل تكوين سمعة طبية عن المستشفي وجودة خدماتها ويعتبر السعر من الأمور المعقدة جداً في المزيج التسويقي للخدمات الطبية وذلك للاعتبارات التالية:

١ . يضع العملاء قيود معقدة على الأسعار التي تتقاضاها المستشفيات كرسم وثمن للخدمات الصحية المعقدة وتتضح هذه القيود من خلال الحملات التي يتقاضاها المرضى وذويهم والصحافة ووسائل الإعلام على ارتفاع أسعار العلاج والضغوط التي يمثلها المجتمع المحلي.

٢ . قد تتدخل الحكومات من خلال وزارات الصحة لتحديد أسعار الكشف والعلاج.

٣ . لا يعرف معظم العملاء ثمن الخدمة الطبية قبل أدائها.

٤ . لا يختار المستفيد في حالات معينة الخدمة المقدمة له، وهذا يكون من اختصاص الطبيب المعالج.

٥ . جودة الخدمات الطبية غير محددة المعالم وتتأثر بكثير من الأمور.

وعلى الرغم من ذلك، يمكننا القول إنّ تحديد السعر يتم بناء على أمور معقدة كجودة الخدمة المقدمة، مدى إدراك العميل الناتج النهائي للخدمة (الشفاء أو عدمه)، العلاج الاضطراري "التأمين الصحي".. ولن العلاج مجاني في كلا المشفيين المدروسين، فإن وجود هذا العنصر معدوم، بالإضافة إلى عدم وجود دراسة عملية حقيقية لتحديد مقدار تكلفة المريض.

طرق تحديد السعر:

يتم التسعير وفق طرق مختلفة ولكل طريقة إيجابياتها وسلبياتها حيث يتم اختيار الطريقة الأنسب لاستراتيجية المنظمة مثل:

- **التسعير على أساس التكلفة:**

بحيث يكون السعر = هامش الربح + تكلفة المنتج.

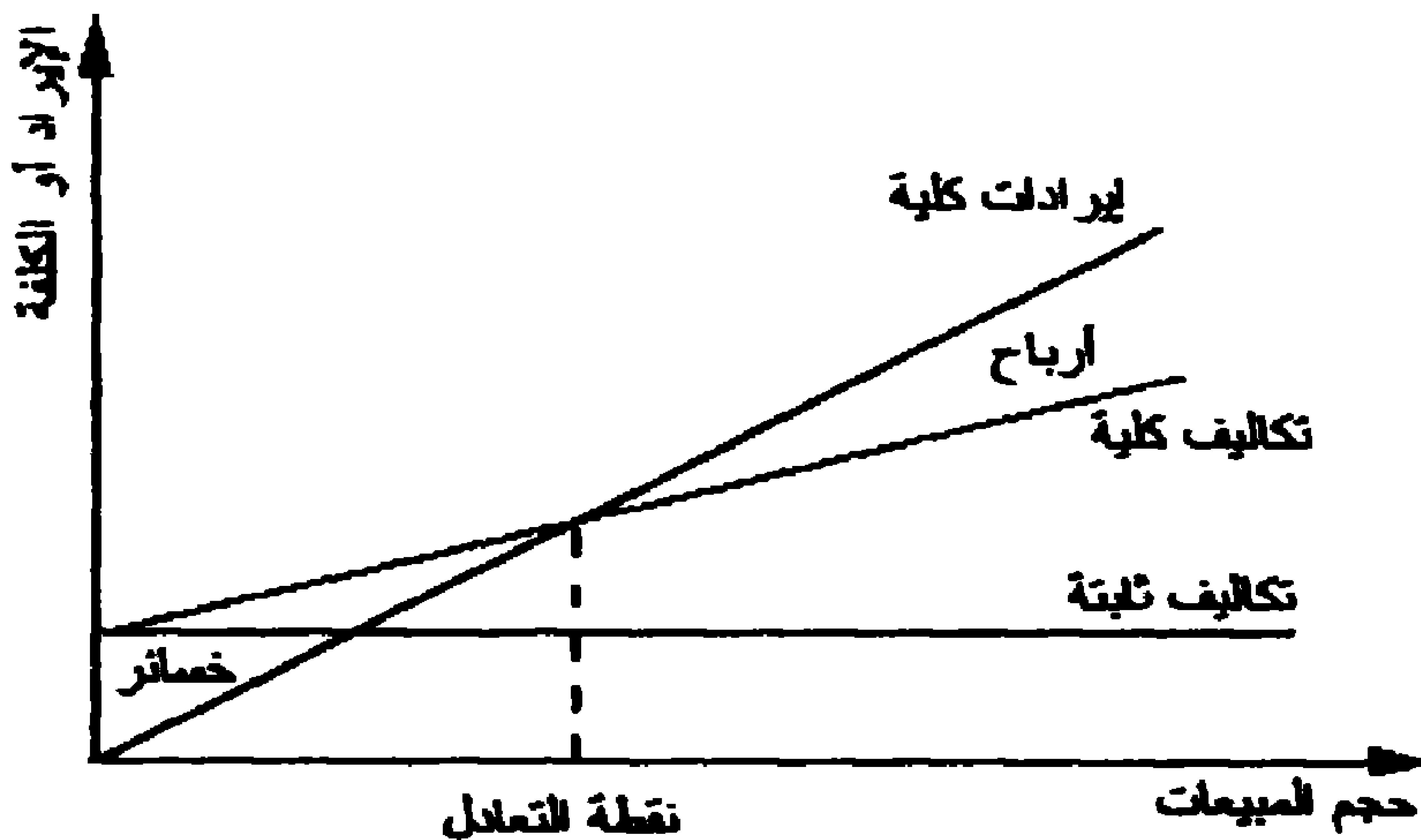
التكلفة= تكلفة الإنتاج + تكلفة التسويق + تكاليف إدارية متنوعة

- **التسعير على أساس نقطة التعادل:**

وفق هذه الطريقة تحدد نقطة التعادل بالمعادلة:

$$\text{نقطة التعادل} = \frac{\text{التكاليف الثابتة}}{\text{السعر} - \text{التكاليف المتغيرة بالوحدة}}$$

ويعبر عنها بيانياً بالشكل رقم (٦/٤):



الشكل رقم (٦/٤)
استخدام نقطة التعادل لتحديد أسعار الخدمات الطبية

بعد تحديد نقطة التعادل يحدد السعر وغالباً ما يتجاوز نقطة التعادل بحيث يغطي التكاليف ويحقق الربح.

-على أساس الطلب:

حيث يتم تحديد السعر وفق حجم الطلب، فزيادة الطلب تعني ارتفاع السعر، في حين أن انخفاض الطلب تعني سعراً منخفضاً.

-على أساس مستوى الدخل:

تأخذ هذه الطريقة مستوى الدخل بعين الاعتبار. فارتفاع مستوى الدخل يعني ارتفاع القدرة الشرائية، وإمكانية زيادة الأسعار.

-على أساس أسعار المنافسين:

بحيث يكون السعر إما معادلاً أو أعلى أو أقل من أسعار المنافسين.

ومن الجدير أخذه بعين الاعتبار عند تحديد السعر العوامل المؤثرة في تحديده كالتكلفة، المنافسة، المزيج التسويقي، الموردون، العرض والطلب، تدخل الدولة.

وفيما يتعلق بالمستشفيات غير الهادفة للربح فهي تعمل وفق أسس غير مالية فالأموال تتحدد بواسطة الدولة أو المتبرع أو المساهم، وقد تقوم بعضها بتحديد أسعارها على أساس التوجيه بالتكلفة أو بالأهداف الاجتماعية.

ثالثاً: التوزيع Distribution:

تتضمن عملية التوزيع توصيل المنتجات من سلع وخدمات إلى الأفراد ويعرف على أنه: " العملية التي يتم بموجبها نقل السلع والخدمات من مكان إنتاجها إلى مكان استهلاكها واستعمالها" تلجأ المنظمات إلى وضع سياسات لتوزيع منتجاتها باختيار طرق التوزيع وتحديد منافذه وتجدر الإشارة هنا إلى دور قنوات التوزيع فمهما كانت نوعية المنتج وجودته فذلك دون أهمية مالم يكن متاحاً أمام العملاء.

وتعرف قنوات التوزيع بمجموعة الأفراد والمنظمات الذين يشاركون ويسهمون في عملية تحويل ملكية السلع والخدمات، وذلك في حركة تدفقها من المنتجين إلى المستهلك النهائي أو إلى منظمات الأعمال .

ومن أبرز أنواع قنوات التوزيع *main distribution channels* :

١ ـ **التوزيع المباشر** *direct distribution*: يتم مباشرة بين المنتج والعميل أي بغياب الوسطاء بين المنتج والعميل.

٢ ـ **التوزيع غير المباشر** *Indirect distribution*: ويعني وجود واحد أو أكثر من الوسطاء بين المنتج والعميل لكسر الفجوات بينهما، قد تكون هذه الفجوات جغرافية أو نفسية أو ذات طبيعة اجتماعية، وفيما يتعلق بسياسة توزيع الخدمات الطبية فهي تعتمد على التوزيع المباشر حيث العلاقة المتلازمة والمباشرة بين الطبيب والمريض

والتي قد تكون داخل المستشفي عن طريق أقسامها الداخلية وعياداتها الخاصة أو خارج المستشفي عن طريق ما يمكن تسميته بمنافذ أداء الخدمات الطبية في سيارات الإسعاف المجهزة أو وحدات كشف جوالة تابعة للمستشفي.

وتتناول عملية التوزيع في المستشفيات تحديد سوق الخدمة ومن ثم تقسيمها وفقاً لعوامل ديموغرافية وجغرافية ومن ثم توصيل الخدمات تبعاً لأماكن وجود المستفيدين بحيث تقدم الخدمة في الوقت المناسب والمكان المناسب والجودة المناسبة.

ومن أبرز ما يجب التركيز عليه لضمان توزيع تنافسي:

١ . الاهتمام بعدد وأحجام ومواقع منافذ أداء الخدمات الطبية.

٢ . ضمان سهولة وصول المستفيدين إلى مواقع الخدمة.

٣ . الاهتمام بمؤدي الخدمة الطبية المباشر: الطبيب حيث يتحتم على الإدارة السعي إلى تأمين جو العمل المهني والنفسي المناسب وتوفير العوامل التي يفضلها الأطباء كتوفير وسائل الاختبارلت ووسائل التشخيص الشاملة، جودة الرعاية التمريضية، توفير جو من العلاقات الجيدة بين الإدارة والأطباء.

رابعاً: الترويج PROMOTION:

تتصل المنظمات عموماً وللخدمية خصوصاً مع جماعات مستهدفة ومتنوعة كالمستهلكين، الموردين، المتبرعين، الصحافة، الدوائر الحكومية... وهي في اتصالها تهدف إلى التعرف إليهم، معرفة اتجاهاتهم وسلوكهم فما تم قطعه من وعد يجب أن يكون صحيحاً وهذه القواعد الرئيسية لبناء جودة الخدمة.

هذا الاتصال قد يكون شخصياً وقد يؤثر مباشرة على عمل الخدمة سواء في الأجل القصير أو الطويل وكثيرون من العملاء يفضلون موظفين دون غيرهم لخدمتهم المميزة. ولكن هذا لا ينفي الاتصال غير الشخصي الذي قد يحدث بطريقة مكتوبة كالإعلان مثلاً، أو بصورة لفظية عند تحدّث الموظف عن خدمة معينة وتحدث العميل عن حاجة ما فيما لم تم اللقاء بينهما، كما يحدث بصورة غير لفظية كتعبيرات الوجه التي تسهم في خلق الثقة وتقليل المخاوف.

يمكن التعبير عن هذا الاتصال بالترويج ويعرف على أنه عملية الاتصال بين المنتج أو المسوق وللعميل وتكون عملية الاتصال هذه موجهة للعملاء الحاليين والمرتقبين.

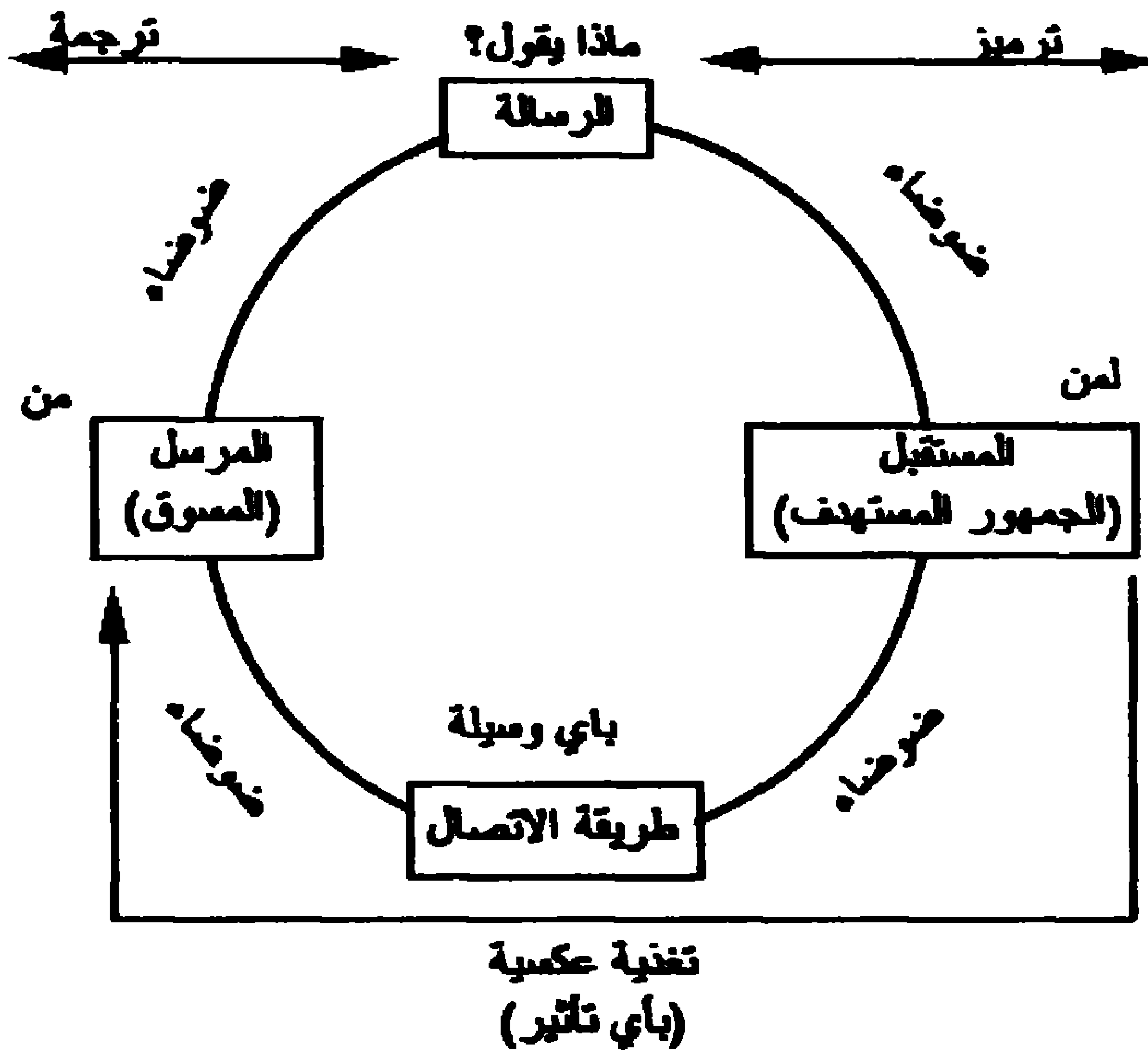
إذاً الترويج هو أداة الاتصالات التسويقية، ولفهم الترويج لابد من فهم عملية الاتصال التي تتكون من:

١ . المرسل *sender* وهو مصدر المعلومات المطلوب إرسالها إلى الطرف الآخر.

٢ . الرسالة *message* البيانات والمعطيات المطلوب إيصالها للعملاء.

٣. وسيلة الاتصال *Way of communication* الوسيلة التي تنتقل من خلالها الرسالة بين المرسل والمرسل إليه.
٤. المرسل إليه *Recipient* متلقي الرسالة أو الطرف المطلوب أن تصل إليه الرسالة.

وقد لخص كل من *Massing law* و*Lancaster* عملية الاتصال بالشكل رقم (٦/٥):



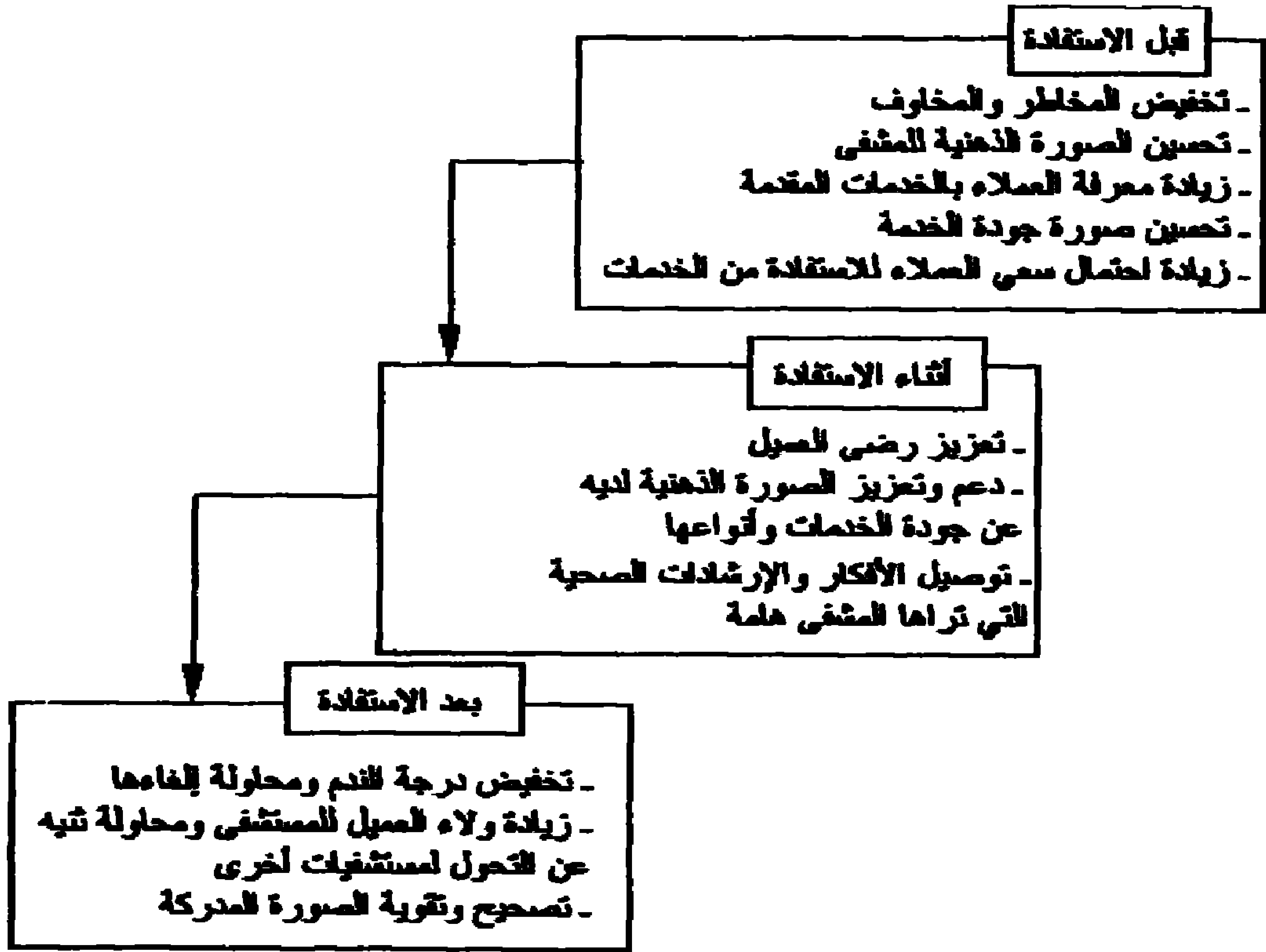
الشكل رقم (٧/٥)
نموذج وعناصر عملية الاتصال

إذاً تبدأ عملية الاتصال بصياغة الرسالة وترميزها التي تتطلب معرفة وفهم لثقافة المستقبل لها الذي يقوم بفك رموزها والاستجابة لها. وإن مدى الاستجابة لمعاني رموز الرسالة يعتمد على عوامل معينة مثل (المصداقية، الثقة بالمرسل) والعامل الآخر هو معالجة الضوضاء في الاتصال والتي تعمل على تحريف معاني المرسالة وهذه الضوضاء تكون إما لأسباب نفسية أو اجتماعية أو مادية.

أهداف الترويج:

إن الهدف من أي جهد ترويجي هو تقديم المنتج أو الخدمة وبيعها عن طريق الإعلام، الإقناع، التذكير والرد على الأخبار السلبية التي يبثها المنافسون.

وقد ترتبط أهداف الترويج بطبيعة المنظمة ونوعها خاصة في المنظمات الصحية والمستشفيات فيما لو كانت خاصة أو عامة، أو قد ترتبط بمراحل تلقي الخدمة الطبية ويمكن تلخيصها في مثل هذه الحالة كما في الشكل رقم (٦/٦):



الشكل رقم(٦/٧)
أهداف ترويج الخدمة الطبية حسب مراحل تلقيها

المزيج الترويجي:

يعرف المزيج الترويجي بأنه مجموعة من الأدوات المختارة والمستخدمة لتحقيق أهداف المنظمة الترويجية المحددة. ومن أبرز عناصر المزيج الترويجي:

الإعلان بأنواعه: (إعلامي، إقناعي، دفاعي، تنافسي، إرشادي، تذكيري) وبوسائله المختلفة مطبوعة (كالصحف والمجلات والملصقات والبريد)، مسموعة (كالإذاعة والراديو)، ومسموعة ومرئية (كالسينما والتلفزيون والإنترنيت).

البيع الشخصي: ويعطي تعبيراً آخر في مجال الخدمات الطبية وهو الاتصال الشخصي والذي يعود نتيجة لخصائص الخدمات الطبية وضرورة وجود العميل وجهاً لوجه مع مقدم الخدمة، ويعتبر الاتصال الشخصي العمود الفقري للاتصالات في تسويق الخدمات الطبية، ويحقق العديد من المزايا بين المقدم والمستفيد: كتوطيد العلاقة الشخصية بين المقدم والمستفيد، ترسيخ صورة ذهنية جيدة عند المستفيدين عن المستشفي وخدماتها.

تنشيط المبيعات: ويمكن استخدامه في المنظمات الصحية عموماً وفي المستشفيات خصوصاً كوسيلة لتنشيط إقبال العملاء الحاليين والمرتقبين على استخدام الخدمات الطبية، ومن أبرز الوسائل المتبعة: توزيع كتب للمستشفي ونشرات التوعية الصحية، المشاركة في الحملات الصحية سواء في المناطق الريفية أو المناطق النائية.

النشر: شاع استخدامه في السنوات الأخيرة كعنصر ترويجي هام، ويمكن للمستشفيات اعتماده في إثارة الطلب على الخدمات الطبية ونشر الصحة بوسائل وطرق مختلفة كالمؤتمرات الصحفية (كاللقاءات الصحفية التي تقوم بها المستشفي ويتم دعوة الصحافة ليتم طرح الأسئلة والإجابة عنها)، أو عن طريق نشاطات الأفراد البارزين في المستشفي، ونشر نشاطات مالية بشكل بيان رأس مال في الصحف.

العلاقات العامة: وهي أكثر وسائل الترويج أهمية في المستشفيات، وتهدف إلى تحسين مناخ تقديم خدمات المستشفي وتكون على شكلين:

- **خارجية:** أي إقامة علاقات جيدة مع البيئة المحيطة بالمستشفي كوسائل الإعلام والمؤسسات الحكومية.
- **داخلية:** عن طريق إقامة علاقات وثيقة مع العاملين في المستشفي بما يكفل إرساء روح التعاون بين الإدارة والعاملين، وبين العاملين أنفسهم.



الفصل السابع

تخطيط المـــوارد البشرية للخدمات الصحية

✍ بقراءتك لهذا الفصل يمكنك الإلمام بالموضوعات التالية :

- مفهوم تخطيط الموارد البشرية في المنظمات الصحية وأهدافها.
- فوائد تخطيط الموارد البشرية في المجال الصحي .
- مراحل تخطيط الموارد البشرية في المجال الصحي.
- المشكلات التي تواجه تخطيط الموارد البشرية.
- تعيين وانتقاء الموارد البشرية في المنظمات الصحية
- الاستقطاب والاختيار وأهميته في المنظمة الصحية.
- مراحل وخطـوات عمليـة الاسـتقطاب والاختيـار والتعـيين في المنظمة الصحية .

مقدمة :

تعد وظيفة تخطيط الموارد البشرية في مقدمة الوظائف العملية التى تهتم بها إدارات الموارد البشرية في المنظمات الصحية ، فبعد أن تحدد المنظمات أهدافها وترسم سياساتها الرئيسة يصبح من الضروري أن تبين الأعمال والأنشطة الواجب القيام بها لتحقيق تلك الأهداف ويتم تحديد الوظائف المطلوبة، ثم تتم عمليات تحليل الوظائف وتصميمها ، وبمراجعة المخرجات الواجب الوصول إليها كنتائج لأعمال المنظمة يمكن تحديد حجم العمل والكم المطلوب من الأفراد لتحقيقه.

وهكذا لا تستطيع المنظمات الصحية ممارسة أنشطتها بطريقة صحيحة دون التخطيط لتلك الأنشطة للتعرف على سبل وكيفية تطبيقها ، ويأتي على قمة ذلك التخطيط للموارد البشرية لما لها من تأثير على فعالية استخدام باقي الموارد ، ويشير تخطيط الموارد البشرية إلى العملية التى من خلالها تحدد المنظمات احتياجاتها التوظيفية المستقلة وتبحث كيفية توفيرها ومصادر الحصول عليها ، بالكم والكيف المناسب ، ولذلك فهى تستعين ببعض الطرق الحكمية والرياضية والإحصائية للتنبؤ بالطلب على العمالة والعرض الداخلي لها في المستقبل ، هذا إلى جانب دراستها لسوق العمل الخارجي وبحث الاتجاهات الاقتصادية والاجتماعية والقانونية المؤثرة عليها ، مع تحليل كيفية تأثير هذه العوامل على المنظمات وحالة العمالة المستقبلية بها.

وبناء على ذلك يتناول هذا الفصل الموضوعات التالية :

- **مفهوم تخطيط الموارد البشرية في المنظمات الصحية وأهدافها.**
- **فوائد تخطيط الموارد البشرية في المجال الصحي .**
- **مراحل تخطيط الموارد البشرية في المجال الصحي.**
- **المشكلات التي تواجه تخطيط الموارد البشرية.**
- **تعيين وانتقاء الموارد البشرية في المنظمات الصحية**
- **الاستقطاب والاختيار وأهميته في المنظمة الصحية.**
- **مراحل وخطوات عملية الاستقطاب والاختيار والتعيين في المنظمة الصحية .**

أولا : مفهوم تخطيط الموارد البشرية في المنظمات الصحية وأهدافها:

إن عملية تخطيط الموارد البشرية في المنظمات الصحية تشتمل على كل ما يهم المنظمة فيما يخص جانب الأفراد في إطار التعامل مع احتياجاتها المستقبلية وذلك بما يحقق أهداف المنظمة والعاملين معا ، وبمعنى أدق يركز تخطيط الموارد البشرية على تحديد احتياجات المستقبل من الموارد البشرية اللازمة لتحقيق أهداف المنظمة من خلال توفير المعلومات الكاملة واتخاذ القرارات الفعالة.

تؤكد الاتجاهات المعاصرة في إدارة الموارد البشرية على أن عملية تخطيط الموارد البشرية لا تقف عند تحديد الاحتياجات النوعية من الأفراد كما ونوعا ، ولكنها عملية شمولية تقتضي أيضا تخطيط جوانب متعددة فيما يتعلق بنشاط الموارد البشرية ومن بين تلك الأنشطة :

- تقدير الاحتياجات من الموارد البشرية كما وكيفا.
- تخطيط عملية الاستقطاب والاختيار والتعيين.
- دراسة أسواق العمالة وتحليل كافة أبعادها.
- تخطيط وتنمية المسار الوظيفي (المستقبل الوظيفي).
- تخطيط عمليات التأهيل المبدئي والتدريب والتنمية.

وتتعدد التعريفات التى تهتم بتخطيط الموارد البشرية ، ومن بين تلك التعريفات أن تخطيط الموارد البشرية يشير إلى : " تحديد الاحتياجات المستقبلية من القوى العاملة من حيث العدد ، والمهارات للمنظمة ككل ، وكذلك للقطاعات المختلفة كل على كل حده ".

وفي تعريف آخر أكثر شمولا نجد أن تخطيط الموارد البشرية هي : "عملية التقدير والتنبؤ التى تقوم بها المنظمة لتحديد احتياجاتها من الكوادر البشرية المختلفة كما ونوعا في الوقت المناسب والمكان المناسب وذلك من أجل تحقيق الأهداف العامة للمنظمة والأهداف الخاصة للقطاعات العامة بها"

ويعرفها آخرون بأنها : "مجموعة المبادئ والسياسات والإجراءات المتعلقة بالموارد البشرية ، والتى تهدف إلى تحديد وتدبير الأعداد والمستويات المطلوبة من الأفراد لأداء أعمال معينة في أوقات محددة بتكلفة مناسبة بما يساير خطة المنظمة بوجه عام ويسهم في تحقيق أهدافها ".

وفي ضوء التعريفات السابقة يمكننا استخلاص النتائج التالية :

١- أن تخطيط الموارد البشرية عملية تحليلية منظمة ومستمرة.
٢- يهتم تخطيط الموارد البشرية بدراسة مختلف جوانب الطلب على العمالة.
٣- تعد دراسة وتحليل جوانب عرض العمالة داخليا أو خارجيا من أهم الموضوعات التي تركز عليها تخطيط الموارد البشرية.
٤- تشمل عملية تخطيط الموارد البشرية المنظمة ككل وتهتم بكافة قاعاتها وإداراتها وأقسامها كل على حده.
٥- عملية تخطيط الموارد البشرية تخص المستقبل ومن ثم فهى تحتاج إلى حسن التوقع والتنبؤ بالاحتياجات المستقبلية من الموارد البشرية كما وكيفا.
٦- من الأبعاد الواجب مراعاتها عند إجراء عملية التخطيط للموارد البشرية الوقت المناسب لتوفير قوة العمل وفي المكان المناسب وبالتكلفة المناسبة.
٧- إن التخطيط للموارد البشرية يعد مكملا لخطة المنظمة ككل ، ويجب أن يكون له دوره الواضح في تحقيق أهداف المنظمة.

<u>أهداف تخطيط الموارد البشرية في المنظمات الصحية :</u>

١- التعرف على الوضع الحالي للموارد البشرية بالمنظمة بشكل تفصيلي : بما يسهم في بيان الصورة الواقعية لقوة العمل الحالية موزعة على المستويات الإدارية والإدارات والأقسام الوظيفية المختلفة.
٢- تحديد مصادر استقطاب الموارد البشرية ودراستها ، وتقييمها لبيان الأسلوب الأفضل منها والذي يتوافق مع ظروف المنظمة واحتياجاتها.
٣- الوقوف على المشكلات التى تواجه عمليات تخطيط الموارد البشرية وتحد من الاستخدام الفعال لقوة العمل ، والسعي لتحليلها ودراسة آثارها في الحاضر والمستقبل.
٤- تقديم المقترحات والحلول العلمية للمشكلات التى تواجه تخطيط الموارد البشرية ، واستمرار ابتكار الطرق والأساليب الحديثة التى تسهم في تنمية أداء الموارد البشرية.
٥- التنبؤ بأعداد ومستويات وهياكل الموارد البشرية اللازمة لمختلف الأنشطة خلال الفترة الزمنية المستقبلية. وبما يغطي التوسعات وعمليات الإحلال لتلك الفترة.
٦- وضع السياسات والبرامج المتعلقة بالاختيار والتعيين ، وتنمية الموارد البشرية لمواكبة عمليات التخطيط للموارد البشرية وضمان الوصول إلى مستوى عملي وتشغيلي صحيح داخل المنظمة.

٧- التعرف على المعروض من العمالة ودراسة وتحليل خصائصهم الجغرافية والديمغرافية ، وبحث العوامل والمتغيرات المؤثرة في ذلك من النواحي الاقتصادية والاجتماعية والسياسية والتكنولوجية.

٨- العمل على صيانة الموارد البشرية والسعي لرفع كفاءتها الإنتاجية إلى جانب العمل على ضمان الاستقرار النفسي والاجتماعي والصحي لهذه الموارد.

ثانيا : فوائد تخطيط الموارد البشرية في المجال الصحي :

١- **المساهمة في تحديد أهداف وخطط المنظمة الصحية** : يسهم تخطيط الموارد البشرية في تحديد أهداف المنظمة وخططها من خلال بيان الأعمال المطلوبة وما تحتاجه من أفراد لإنجازها وما تتطلبه من معايير ومقاييس لأدائها.

٢- **مواءمة الهيكل التنظيمي للمنظمة الصحية مع هيكل الوظائف** بها : تسعى الجهود المبذولة لتخطيط الموارد البشرية إلى إتاحة الفرصة أمام المنظمة لمراجعة هيكلها التنظيمي مع الهيكل الوظيفي بها.

٣- **تنمية وتطوير سياسات الموارد البشرية** : تعمل جهود تخطيط الموارد البشرية على تطوير سياسات الإختيار والتعيين ، والتدريب والتنمية والحوافز والمكافآت ......

٤- **تحقيق الاستفادة القصوى من الكفاءات البشرية المتاحة** : تعمد جهود تخطيط الموارد البشرية إلى الاستفادة القصوى من المصادر البشرية المتاحة مما يتطلب استمرار دراسة قدرات وإمكانات ومهارات الأفراد وإعداد الهيكلة المناسبة وإجراء إعادة التوزيع المناسب بما يحقق الأهداف التنظيمية.

٥- **الحصول على متطلبات المنظمة من العمالة** : تتيح جهود الموارد البشرية الحصول على ما تحتاجه المنظمة من عمالة لتحقيق أهدافها المستقبلية مع ضمان فعالية ورضاء العاملين.

٦- **المساهمة في تحقيق خطط الإنتاج** : تسهم عملية تخطيط الموارد البشرية في تحقيق خطط الإنتاج في مواعيدها وبالشروط المتفق عليها من خلال توفير الأعداد المناسبة بالكفاءة والمهارة المطلوبة.

٧- **الحد من ظاهرة البطالة المقنعة** : إذ يتم تحديد المطلوب من الأفراد بدقة وبما يضمن تحقيق الخطة المرجوة بأقل تكلفة ممكنة.

٨- **مواجهة العجز في العمالة** : تهتم جهود الموارد البشرية بدراسة نواحي العجز في العمالة وإعداده والعمل على سرعة توفيره.

٩- **إعداد موازنات الأجور والمكافآت** : إن التخطيط الفعال للموارد البشرية يؤدي إلى الإعداد الجيد لموازنات الأجور والمرتبات والمكافآت.

١٠- **التوزيع المناسب للعاملين على أماكن العمل** : يؤدي التخطيط السليم للموارد البشرية إلى تحقيق التوزيع الفعال للعاملين على الإدارات والأقسام المختلفة.

ثالثا: مراحل تخطيط الموارد البشرية في المجال الصحي:

تمثل عملية جمع البيانات والمعلومات المرحلة **الأولى** في عملية تخطيط الموارد البشرية ، فلا يمكن للمنظمة التنبؤ أو فعل أى شيء من العمليات التخطيطية إلا بعد الحصول على البيانات المطلوبة ، ويتطلب تخطيط الموارد البشرية نوعين من البيانات والمعلومات ، يتم تجميع النوع الأول من البيئة الخارجية في حين يأتي النوع الثاني من داخل المنظمة

ويعد حصول القائمين على العملية التخطيطية على المعلومات الخارجية والداخلية المطلوبة عن العمالة وما يتعلق بها ، فإنه من الممكن أن تبدأ **المرحلة الثانية** والتى تهتم بالتنبؤ بالطلب المستقبلي على العمالة. وفي **المرحلة الثالثة** يتنبأ القائمين بعملية التخطيط بعرض العمالة سواء العرض الداخلى أو الخارجي.أما **المرحلة الرابعة** فتهتم بوضع خطط وبرامج الاحتياجات من القوى العاملة لضمان إحداث التوافق بين العرض والطلب المستقبلي. وفي **المرحلة الأخيرة** توجد عملية التغذية المرتدة بما يسمح بالتعلم والاستفادة من الجهود التخطيطية السابقة ، وإذا ما كانت تنبؤات العرض أو الطلب ليست دقيقة كالمرغوب فيه فإنه من الممكن تحسينها في السنوات التالية ، وبالمثل فالبرامج التى يثبت عدم مناسبتها يجب تعديلها مستقبلا.

المرحلة الأولى : جمع وتحليل البيانات والمعلومات

حتى يمكن القيام بعملية تخطيط الموارد البشرية على نحو سديد ، لابد من دراسة وتحليل كافة العوامل المؤثرة سواء تعلقت بالبيئة الخارجية أو البيئة الداخلية. ومن ثم يتطلب تخطيط الموارد البشرية معلومات دقيقة وكافية عن تلك العوامل وتحتوى البيانات والمعلومات عن البيئة الخارجية كل ما يتعلق بالظروف الحالية والمستقبلية المتنبأ بها في المجالات الاقتصادية العامة ، كذلك عن اقتصاديات الصناعة الخاصة بالمنظمة ، هذا بالإضافة إلى معلومات عن التكنولوجيا ومعدلات التقدم التقني وأثرها على تشغيل العمالة ، إلى جانب المعلومات الخاصة بالمنافسة وأسواق العمل حيث يجب أن يلم القائمين بعملية التخطيط بظروف سوق العمل كمعدلات البطالة والمهارات المتاحة ، والعمر ، والنوع والتوزيع الجغرافي لقوة العمل ، وأخيرا فإن القائمين بعملية التخطيط يجب أن يكونوا على وعي كامل بالظروف الاجتماعية والثقافية وتشريعات وقوانين العمل ، والتى تؤثر مباشرة في إجراءات الاستقطاب والاختيار والتعيين وساعات العمل وسن التقاعد وإجراءاته ...... وغيرها.

ويأتي النوع الرئيس الثاني للمعلومات من داخل المنظمة وتحتوى **البيانات والمعلومات الداخلية** على خطط المنظمة في الأجل القصير والطويل والاستراتيجيات الرئيسية والفرعية للمنظمة ووحداتها المختلفة، والتسهيلات المختلفة الحالية والمتوقعة ، هذا بالإضافة إلى المعلومات عن أثر التطور والتغير المحتمل في أساليب الأداء والإنتاج على نوعية وحجم العمالة المطلوبة فقد يتطلب التغير أفرادا ذوي مهارات وخبرات قد لا تكون متاحة في المنظمة ، هذا ويجب توفر المعلومات الكاملة عن الهيكل التنظيمي للمنظمة والتغيرات الممكن إجراؤها عليه مستقبلا ، ويحتاج القائمين على تخطيط الموارد البشرية إلى معلومات أيضا عن الوضع الحالي للموارد البشرية والسياسات التى تحكمها وخاصة فيما يتعلق باختيار وتعيين الأفراد في المواقع الوظيفة المختلفة ومستويات مهاراتهم ، وخطوات مسارهم الوظيفي ، والمتوقع تركهم أو تقاعدهم عن العمل أثناء فترة الخطة التى تم دراستها.

المرحلة الثانية : التنبؤ بالطلب على الموارد البشرية :

بمجرد انتهاء القائمين على جميع البيانات والمعلومات من مهامهم في البيئة الداخلية والخارجية ، تبدأ أنشطة التنبؤ بالطلب على الموارد البشرية وذلك بغية تحديد عدد ونوع الموارد البشرية المطلوبة لتحمل مسئولية تنفيذ خطط المنظمة في المستقبل. وعادة ما يتم التنبؤ بالطلب على الموارد البشرية بناء على المعلومات عن الماضي ، والمعلومات عن الحاضر ، وتقديرات المستقبل.

ويجب أن يأخذ القائمين بعملية التنبؤ في اعتبارهم بعض العوامل عند اختيار طرق التنبؤ من أهمها :

١- **درجة الاستقرار والتأكد** : فإذا كانت المنظمة تعيش في بيئة تتميز بالديناميكية والتغير الشديد ، فإنه لمن غير المجدي استخدام طرق تعتمد على بيانات الماضي بشكل كبير ، وهنا قد تكون الطرق الحكمية وآراء الخبراء هى الأنسب في مثل هذه الأحوال بمراعاة مختلف الآراء ومبرراتها مع تحري الموضوعية قدر الإمكان.
٢- **مدى توفر البيانات وإتاحتها** : كلما توفرت البيانات عن عدد العاملين، ومهاراتهم ، وتدفقاتهم ، وتميزت بالدقة والشمول كلما كان من الممكن استخدام الطرق الإحصائية ، وعكس ذلك صحيح في حالة عدم توفرها.
٣- **عدد العاملين** : إذا تميز عدد العاملين الذين يتم التنبؤ به بالكثرة فإنه يصبح من الممكن الإعتماد على الطرق الإحصائية ، فبعض الأساليب الإحصائية مثل تحليل الانحدار وسلاسل ماركوف تعتمد على عدد كبير من العاملين ، أما في حالة العدد الأصغر من العاملين فربما يخضع ذلك للطرق الحكمية.

٤- **المـوارد المتاحـة :** يجب تقدير الموارد المتاحة لإجراء عمليات التنبؤ من حيث الوقت المتاح ، ومدى توفر الحاسب الآلي وطاقاته وإمكاناته المتاحة، والخبرات والكفاءات البشرية المتاحة والتي يمكنها إتمام عملية التنبؤ بالدقة المطلوبة.
٥- **تأييد الإدارة العليا :** إن دعم الإدارة العليا وموافقتها على إجراء عملية التنبؤ بالطرق العلمية وإيمانها بنتائجها ليعد من أهم العوامل الواجب مراعاتها ، فكثير من رجال الإدارة العليا يعتمد على خبرته وتجاربه هو ومساعديه في تحديد العدد المطلوب من العمال.
٦- **المـدى الزمنـي :** قد تكون الطرق الحكمية هي الأفضل في التنبؤ بالاتجاهات الخاصة باحتياجات المنظمة من الأفراد في الأجل الطويل، بينما تصبح الطرق الكمية هي الأدق والأنسب في الأجل القصير.

وهناك طرقا مختلفة للتنبؤ بالطلب على العمالة يعتمد معظمها على الربط بين الاتجاهات والعلاقات المختلفة للمتغيرات المؤثرة والمتوقع تأثيرها مستقبلا **وتنقسم طرق التنبؤ بالطلب إلى قسمين : أساليب كمية وأساليب غير كمية.**

أولا : الأساليب غير الكمية (الحكمية)

ويبنى هذا الأسلوب أساسا على الرأي والحكم الشخصي والتجربة الماضية، ومن أهم الطرق التي يمكن استخدامها في هذا الصدد :

١- **التنبؤ من أعلى إلى أسفل (استطلاع آراء المسئولين) :** تمارس هذه الطريقة من خلال التعرف على وجهات نظر المسئولين بالوحدات والقطاعات المختلفة بناء على خبراتهم السابقة والاحتياجات المستقبلية لممارسة أنشطتهم ، ويعيب هذه الطريقة افتقادها للتناسق نظرا لتباين مستوى الخبرات وعدم تحرى الموضوعية في التقدير.
٢- **التنبؤ من أسفل إلى أعلى (استطلاع آراء العاملين) :** يمكن الاعتماد على هذه الطريقة في حالة الحاجة لأراء العاملين بحيث تعكس الواقع الفعلي للاحتياجات من الموارد البشرية نظرا لاحتكاكهم المباشر بالعمليات الإنتاجية وقربهم من المراكز الفنية.
٣- **طريقة تحديد الأهداف :** يمكن الاعتماد على هذه الطريقة بناء على تحديد الأهداف التفصيلية للقطاعات والوحدات وفقا للخطة العامة ، ومن ثم تقدير الاحتياجات من الموارد البشرية على ضوئها ، وينبغي أن تكون الأهداف محددة بشكل واضح ودقيق حتى لا يؤدي ذلك إلى سوء التقدير للاحتياجات الفعلية من الموارد البشرية.

٤- **طريقة دلفي** : تعتمد هذه الطريقة على آراء ذوي الخبرة من المستشارين في مجال تنمية الموارد البشرية وتخطيط الاحتياجات منها، حيث تهتم هذه الطريقة بالرأي الجماعي لمجموعة من الخبراء أو المتخصصين لتقدير الاحتياجات البشرية في المستقبل في الظروف المعقدة وغير المؤكدة ، ويمكن اللجوء إليها في حالة عدم إمكانية الاستفادة بنتائج الدراسات الإحصائية أو حينما لا يفيد الرأي الفردي في اتخاذ القرار المناسب. وميزة هذه الطريقة بشكل أساسي تتمثل في اعتمادها على رأي الجماعة وإعادة الكرة عليهم أكثر من مرة في محاولة للوصول إلى أفضل تقدير ممكن وليس من الضروري الوصول إلى رأي واحد أو قاطع من جميع الخبراء المشاركين وإنما محاولة الوصول إلى أفضل تقدير ممكن.

ثانيا :الأساليب الكمية :

تنقسم الأساليب الكمية إلى عدة أنواع من بينها :

١- **طريقة الانحدار البسيط** : وتهتم هذه الطريقة بدراسة العلاقة متغيرين وليكن الأول معبرا عن عدد السنوات والثاني يعبر عن المشاهدات المختلفة لأعداد الأفراد خلال تلك السنوات ، وغالبا ما تستخدم كخطوة أولى لتقدير الاحتياجات البشرية ويرجع ذلك لأنها لا تأخذ في الاعتبار إلا متغيرا واحد وهو عنصر الزمن، رغم تأثير العديد من المتغيرات الأخرى مثل مستوى الإنتاجية ، وحجم المبيعات ، ومستوى التكنولوجية المستخدمة ونوعية القوى العاملة ومهارتها ... ، ويمكن توضيح كيفية استخدام هذه الطريقة من خلال معادلة الانحدار ص = أ + ب س (يمكن الرجوع في ذلك تفصيلا إلى كتب الإحصاء .

٢- **أسلوب تحليل عبء العمل** : تهدف هذه الطريقة إلى تقدير العدد اللازم من القوى العاملة خلال فترة إعداد الخطة على المدى القصير.

وتعتمد على تحليل عبء العمل عن طريق تحديد حجم الإنتاج اللازم كل فترة زمنية معينة ، وبناء على ذلك يتم تحديد العدد اللازم من الأفراد. وحتى يمكن تحديد حجم القوى العاملة بحسب هذه الطريقة يصبح من الضروري توفير البيانات التالي :

- البيانات الكاملة عن الكمية الواجب إنتاجها.
- الوقت الكلي اللازم لإنتاج تلك الكمية .
- بيانات عدد ساعات العمل اليومي وعدد دوريات العمل.
- عدد العمال الحاليين (عرض العمالة)

ويتم تحليل الحالة المعروضة على أساس الخطوات التالية :

١- الكمية المتوقع إنتاجها = الكمية التى تنتجها الآلة × عدد الآلات

٢- الوقت الكلي = الكمية المتوقع إنتاجها × وقت إنتاج الوحدة

٣- حجم العمالة المطلوبة = الوقت الكلي للإنتاج / (عدد ساعات العمل اليومى × عدد الورديات)

٤- الفائض أو العجز من العمالة = الحجم الحالي للعمالة - الحجم المطلوب العمالة.

المرحلة الثالثة : التنبؤ بعرض الموارد البشرية :

بعد الدراسة التحليلية للطلب على الموارد البشرية لتقدير احتياجات المنظمة خلال الفترة المستقبلية يصبح من الضروري القيام بدراسة وتحليل عرض الموارد البشرية سواء من داخل المنظمة أو من خارجها.

أولا : العرض الداخلى للموارد البشرية :

يدرس القائمين على تخطيط الموارد البشرية عرض العمالة المتوفرة حاليا لدى المنظمة والتغيرات المتوقع حدوثها عليه مستقبلا ، ويتكون العرض الداخلي للعمالة من كل الأفراد الحاليين لدى المنظمة ويمكنهم ملأ الطلب المستقبلي ببقائهم في مناصبهم الحالية أو بترقيتهم إلى مناصب أعلى أو بانتقالهم لشغل مناصب شاغرة في أماكن أخرى بالمنظمة.

ويتغير العرض الداخلى للعمالة باطراد بدخول موظفين جدد وخروج آخرين نظرا لتقاعدهم أو استقالتهم أو إقالتهم أو موتهم. هذا ويتغير أيضا المزيج المهاري كلما تحرك الأفراد في الداخل والخارج نتيجة تنمية قدراتهم واكتسابهم المهارات من خلال التدريب والتنمية. ومن ثم فإن العرض الداخلي من العمالة في وظيفة معينة خلال الفترة التى يجرى لها التخطيط يمثل عدد الأفراد المتاحين في أول هذه الفترة ، بمراعاة ما يمكن أن يطرأ عليهم من تغير بالإضافة أو النقص خلال الفترة ، أى أن :

العرض الداخلي للعمالة في وظيفة معينة =

عدد الأفراد في الوظيفة أول المدة	+	الإضافات خلال الفترة بسبب النقل والترقية إلى الوظيفة والعودة من الأجازات والبعثات والإعارات	−	النقص خلال الفترة بسبب التقاعد ، والاستقالة والإقالة والنقل والترقية من الوظيفة والإعارات ....

إن تحليل العرض الداخلي من العمالة يتطلب تحديد عدد الأفراد الموجودين حاليا وكم منهم سيستمر في المنظمة ؟ وهل سيبقى في وظيفته أم سينتقل لوظيفة أخرى ؟ ، كذلك تقدير عدد الأفراد الذين سيتركون المنظمة. هذا، وتدرس أيضا في هذا الصدد

العديد من القضايا التنظيمية المتعلقة بالتصنيف الوظيفي ومدى استقراره ، وهل هناك إمكانية للتخلص من بعض الوظائف أو لدمج بعضها أو لتكوين وظائف جديدة ودراسة حركة النقل والتقاعد والترقية والاستقالة والاجازات ... ، وحتى تتم هذه الدراسات التحليلية على الوجه الصحيح في المنظمات الكبيرة فإن الأمر يتطلب الاستعانة ببعض الطرق التى تيسر عملية تقدير العرض الداخلي المستقبلي من الأفراد ومن بين تلك الطرق :

١- طريقة مخزون المهارات .
٢- طريقة نظم معلومات الموارد البشرية.
٣- سلاسل ماركوف .

ثانياً : العرض الخارجي للموارد البشرية :

إن تعيين عاملين جدد ، واستقالة آخرين أو إقالتهم ، وانتقال غيرهم لمنظمات أخرى ، يدل على تفاعل المنظمة مع أسواق العمل الخارجية ، ومن ثم فإنه لكي يتم التخطيط للموارد البشرية بكفاءة يجب دراسة وتحليل العرض الخارجي للموارد البشرية ، مما يتطلب تتبع البيانات المجموعة والمنشورة دورياً عن عرض قوة العمل بمختلف أشكالها :

١- قوة العمل المدنية.
٢- قوة العمل الاحتياطية.
٣- معدل المشاركة في قوة العمل .
٤- معدل البطالة.

ومن **أهم العوامل** الواجب دراستها عند تخطيط الموارد البشرية لبيان العرض الخارجي للعمالة ما يلي :

١- **أسواق العمل** : يعبر سوق العمل عن المجال الذي يقصده صاحب العمل ليختار من يملأ الوظائف الشاغرة لديه ويتنوع هذا المجال طبقا لنوع الوظيفة الشاغرة ومكانتها وتخصصها ، فعلى سبيل المثال ، تعد سوق العمل بالنسبة للمحاسبين والسكرتارية والصرافين ... إلخ سوقا محلية وفورية ومن اليسير الحصول على العاملين في هذه الوظائف من المناطق الجغرافية التى تمارس فيها المنظمات عملها. أما بالنسبة لنوعيات أخرى من الوظائف مثل الأستاذ الجامعي ، المدير العامل ، الباحث الكيميائي فإن سوق العمل تمتد باتساع الدولة ، وقد تخرج لتصبح على مستوى الدول.

٢- **الاتجاهات الديمغرافية في عرض العمالة** :تؤثر الاتجاهات الديمغرافية تأثيرا كبيرا على سوق العمالة ، وتشير الخصائص الديمغرافية إلى خصائص السكان وتقسيماتهم ، فيجب الاهتمام بدراسة معدل النمو السكاني، ومن ثم عدد السكان ومتابعة التغيرات التى تحدث في التوزيع العمري للسكان ، وكذلك يتم دراسة التغيرات في قيم العاملين ومعتقداتهم تدرس أيضا نوعية قوة العمل المحتملة من حيث الجنس (الذكور - الإناث) وما يلحق بها من تحولات.

٣- **الاتجاهات التوظيفية** : بالإضافة إلى دراسة وتحليل الخصائص الديمغرافية للسكان والتعرف على المجموعات المتنوعة لقوة العمل ، فإن القائمين بتخطيط الموارد البشرية يدرسون أيضا حجم الوظائف المشغولة والصناعات النامية في المستقبل.

٤- **الظروف الاقتصادية** : ويتطلب ذلك تحليل العوامل والمتغيرات الاقتصادية مثل حالات التضخم وتحليل ميزان المدفوعات والميزان التجاري للدولة ، ودرجة التشغيل في التخصصات المختلفة ، ومعدلات البطالة ، ويلاحظ أنه مع انخفاض معدلات البطالة ستجد المنظمة صعوبة في الحصول على احتياجاتها من العمالة.

المرحلة الرابعة : وضع برامج الاحتياجات من الموارد البشرية :

بعد إجراء كافة الدراسات والتحليلات السابقة والخاصة بالطلب على العمالة والعرض الداخل لها ، والأخذ في الاعتبار حالة سوق العمل الخارجي يستطيع القائمون بعملية تخطيط الموارد البشرية التنبؤ بالمشكلات المستقبلية الخاصة بعرض العمالة وتخطيط البرامج لمواجهتها والتعامل مع حالات النقص أو الزيادة في العمالة (العجز أو الفائض) ، وتخطيط المسار الوظيفي ، ولذا فإنه يمكننا في هذا الصدد التطرق للموضوعات التالية :

- التوفيق بين الطلب والعرض.
- الاهتمام بالتخطيط المتتابع.
- تنمية المسار الوظيفي.

وغالبا لا يحدث التوافق التام بين الطلب والعرض على العمالة من حيث الكم والكيف ، وإن تحقق التوازن لبعض التخصصات أو في بعض القطاعات أو في بعض الأوقات ، إلا أننا لا نضمن تحقيق هذا التوازن بصورة مستمرة.

ويتطلب ذلك من المنظمات وضع التصورات عما يجب أن تنتهجه من بدائل لمواجهة الفجوة بين الطلب والعرض وذلك على النحو التالي :

١- في حالة زيادة الطلب على العرض (النقص في العمالة / العجز) :

في هذه الحالة يمكن للمنظمة أن تتبع أى من البدائل التالية :

- تعيين موظفين جدد بصفة دائمة.
- عرض حوافز مغرية لإطالة سن التقاعد أو الإحالة للمعاش.
- زيادة فترة العمل بإطالة ساعات العمل خارج وقت الدوام.
- الإعتماد على مقاولى الباطن في الشركات والمنظمات الأخرى.
- الإعتماد على عقود التوظيف المؤقتة.
- إعادة الهيكلة من أجل تقليل الاحتياجات.
- تخفيض شروط الالتحاق بالوظائف.
- تحسين برنامج الأجور والحوافز بمراعاة تأثيره على الإنتاجية.
- تشجيع الأفراد للانتقال فيما بين الوظائف بحيث يتم الاستفادة من العمالة في الإدارات التى تعاني من الفائض.

٢- في حالة زيادة العرض على الطلب (الزيادة في العمالة / الفائض) : يمكن للمنظمات في حالة وجود فائض عمالة أن تتبع أى من البدائل التالية:

- عدم الإحلال للموظفين التاركين للعمل.
- عرض حوافز للمعاش المبكر.
- تقليل ساعات العمل أو زيادة أوقات الراحة
- استخدام الوقت الزائد لتدريب الموظفين وتنمية قدراتهم أو صيانة الآلات والمعدات.
- الاستغناء عن العمالة الزائدة.
- خفض الأجور والحوافز بما يدفع العاملين لترك العمل ، وبحيث لا يؤثر على الإنتاجية في نفس الوقت.
- تشجيع الأفراد على الانتقال للوظائف التى تعاني من عجز العمالة.

رابعا : المشكلات التي تواجه تخطيط الموارد البشرية :

تتعدد المشكلات التى تواجه عملية التخطيط للموارد البشرية وتحد من فعاليتها ، ومن أهم تلك المشكلات :

١- عدم توفر البيانات الكاملة اللازمة لعملية تخطيط الموارد البشرية ، واتسامها بعدم الدقة والحداثة اللازمة لإجراء التحليلات اللازمة لتحديد التقديرات السليمة.

٢- ضعف كفاءة القائمين على عملية تخطيط الموارد البشرية ، وجود نقص في اعداد إخصائي تخطيط الموارد البشرية القادرين على معالجة كافة الجوانب بالمستوى المناسب.

٣- تعدد العوامل المؤثرة على عملية تخطيط الموارد البشرية وتشابكها ، سواء كانت تلك العوامل داخلية : كالإنتاجية ، والأداء، والقدرات ، والمهارات ، والمسار الوظيفي ... ، أو خارجية كأسواق العمل المحيطة، وأنماط التكنولوجيا المطبقة في مجال عمل المنظمة والاتجاهات الاقتصادية.

٤- انخفاض الإنتاجية في فترات التأهيل والتهيئة المبدئية للعاملين الجدد ، وصعوبة التنبؤ مسبقا بحدود الانخفاض خلال تلك الفترات ، هذا بالإضافة إلى صعوبة التغطية السريعة للأنشطة التى تعاني من مشاكل انخفاض الأداء نتيجة لسرعة دوران العمل وضرورة الإحلال السريع لها.

٥- صعوبة التنسيق والتكامل في كثير من الأحيان بين تخطيط الموارد البشرية وبين الأنشطة الأخرى الضرورية لتنمية الموارد البشرية كالاختيار والتعيين والتدريب والتنمية والنقل والترقية.

٦- اختلال الهيكل الوظيفي الحالي بالمنظمة ، حيث يوجد فائض في العمالة في بعض الوظائف ، في حين يوجد عجز في بعض الوظائف الأخرى ، وقد يحدث هذا الخلل نتيجة تغير احتياجات المنظمة من العمالة لتغير الطلب على منتجاتها ، أو عدم التنسيق بين نشاط الاستقطاب والاختيار والتعيين والاحتياجات الفعلية من العمالة ، أو للتقدير غير الصحيح للعمالة وكل هذا يلقى عبئا على عملية تخطيط الموارد البشرية يتطلب جهودا منظمة لتحليلها وعلاجها.

٧- صعوبة التوفيق بين الأساليب الوصفية والكمية عند التخطيط للموارد البشرية. حيث تتطلب عملية التخطيط الاستعانة بكل من الجانبين ويصبح اختيار الأسلوب المناسب من حيث الوقت والتكلفة والدقة أمرا يحتاج إلى القرار المناسب.

خامسا : تعيين وانتقاء الموارد البشرية في المنظمات الصحية

تعد عملية الاستقطاب والاختيار من بين الإجراءات الجوهرية التي تمارسها إدارة الموارد البشرية في المنظمة العامة ، وحتى يتم الاستقطاب والاختيار والتعيين على نحو صحيح يجب أن تتأكد المنظمة من الاهتمام بجذب أفضل الكفاءات المتقدمة للعمل، بعد إجراء عمليات الفحص والاختيار المناسبة.

إن الآثار السلبية للاستقطاب السيئ يمكن الإحساس بها بأقصى سرعة من خلال عدة مظاهر من بينها ارتفاع معدلات دوران العمالة ، وتدني الأداء ، وانخفاض الدافعية. نحو العمل ... وغيرها. ونظراً لأهمية هذا الموضوع فسنعرض فيه للنقاط التالية :

- مفهوم الاستقطاب والاختيار وأهميته.
- مراحل وخطوات عملية الاستقطاب والاختيار والتعيين.

١/٥ - الاستقطاب والاختيار وأهميته في المنظمة الصحية :

يشير الاستقطاب والاختيار إلى : عملية البحث والتحري عن الموارد البشرية ذات الكفاءة والتأهيل لملء الوظائف الشاغرة في مختلف المستويات التنظيمية ، والعمل على جذبها وانتقاء الأفضل من بينها للعمل بالمنظمة. وتعد عملية الاختيار والتعيين استكمالاً لعملية تخطيط الموارد البشرية واستقطابها فمن خلالها يتم دراسة وتحليل الطلبات المقدمة من الأفراد لشغل الوظائف الشاغرة ومقابلتهم واختبارهم وفحصهم لانتقاء أفضلهم لإلحاقهم للعمل بالمنظمة.

ومن خلال هذا التعريف يمكن القول أن عملية الاستقطاب والاختيار والتعيين تركز على :

- البحث والدراسة والتحري عن أفضل الموارد البشرية من خلال تجميع البيانات والمعلومات وتحليلها واستخلاص النتائج التي تسهم في استقطاب أفضل العناصر.
- تحديد مصادر الاستقطاب المرتقبة والأكثر مناسبة للمنظمة سواء الداخلية أو الخارجية.
- وجود النظم التي تمكن من تقييم المتقدمين بدقة والتأكد من وجود وظائف شاغرة.

- تحري العدالة والأمانة والصدق عند إجراء عمليات الاستقطاب والاختيار والتعيين.
- التأكد من كفاءة الإجراءات الإدارية لعملية الاستقطاب والاختيار.

٢/٥ – مراحل وخطوات عملية الاستقطاب والاختيار والتعيين في المنظمة الصحية :

تمر عملية الاستقطاب بعدة مراحل علي النحو التالي :

١- خطة الموارد البشرية :

تمثل خطة الموارد البشرية الأساس الصحيح للانطلاق في إتمام خطوات الاستقطاب إذ أنها تمثل مجموعة الإجراءات المتكاملة المتعلقة بالاحتياجات من الموارد البشرية والتي تهدف إلى تحديد وتوفير الأعداد والمستويات المطلوبة من العمالة لأداء أعمال معينة في أوقات محددة سواء كان ذلك لوحدة قائمة أو لمشروع تحت الدراسة ، ومن ثم تتمكن المنظمة من تحديد الفائض أو العجز بعد الدراسات الشاملة للبيئة الداخلية والخارجية وتحليل العرض والطلب والتوفيق بينهما.

٢- بيان متطلبات واحتياجات الوظيفة :

تهتم هذه المرحلة بتحديد مكونات كل وظيفة بشكل دقيق وواضح ، وبيان الخصائص والشروط الواجب توافرها في الشخص المطلوب لشغل هذه الوظيفة بما يؤدي لتحقيق أهدافها والالتزام بمعايير أدائها الضرورية ، وهذا يعني أولاً القيام بوصف الوظيفة ودراستها بصورة تحليلية للتعرف على دورها في تحقيق أغراض التنظيم ومتطلباته، ومن ثم تحديد التوصيف المتكامل والخصائص التفصيلية الواجب مراعاتها لاختيار الشخص الذي يشغل هذه الوظيفة فيجب تحديد سمات وخصائص الأفراد الذين سيتم استقبالهم والمؤهلات ، والمهارات ، والمعارف والخبرات والخصائص الشخصية المطلوبة للانتقاء أفضل الأشخاص للقيام بمهام الوظيفة.

٣- مصادر الاستقطاب وطرقه :

في بعض الأحيان تجد المنظمة أن الاعتماد على المصادر الخارجية هو السبيل المناسب لتوفير احتياجاتها من العمالة ، وفي أحيان أخرى تلجأ المنظمة إلى المصادر الداخلية ، وفيما يلي نتعرض لكل مصدر منها :

أ- المصادر الداخلية :

تشير المصادر الداخلية إلى المتاح من الموارد البشرية داخل المنظمة بأي من مستوياتها وإداراتها وأقسامها المختلفة ، ومن أهم مزايا اعتماد المنظمة على المصادر الداخلية لتوفير احتياجاتها من الموارد البشرية ما يلي :

١- المعرفة الكاملة بالمرشحين لشغل الوظائف.
٢- ارتفاع الروح المعنوية للعاملين.
٣- الاستفادة من عوامل الولاء التنظيمي للأفراد.
٤- انخفاض الحاجة إلى التدريب والرعاية والتهيئة.

إلا أنه يؤخذ على الاستقطاب من الداخل بعض العيوب من بينها :

١- قصور المصادر الداخلية عن مواكبة احتياجات المنظمة من العمالة.
٢- صعوبة الإجراءات الخاصة بالاستقطاب الداخلي للمنظمة.
٣- عدم المرونة والشعور بعدم التجديد والتطوير.
٤- حرمان المنظمة من الكفاءات التي يمكن الحصول عليها من المصادر الخارجية.
٥- حاجة بعض الوظائف الجوهرية بالمنظمة إلى مستوى معين من المهارة والخبرة.

ومن أهم الطرق التي يمكن إتباعها في حالة الاعتماد على المصادر الداخلية ما يلي :

١- الترقية ٢- النقل ٣- ترشيح الزملاء والأصدقاء.
٤- مخزون المهارات. ٥- الإعلان الداخلي.

ب- المصادر الخارجية :

تمثل المصادر الخارجية للاستقطاب تجديداً لدماء المنظمة وإضافة مهارات وخبرات ومؤهلات جديدة تدعم وتحدث من الإنجاز. إن لجوء المنظمة إلى البحث عن متطلباتها من الموارد البشرية عن طريق الاستقطاب من المصادر الخارجية يحقق لها العديد من المزايا والإيجابيات ، من بين تلك المزايا :

١- الحصول على الأفكار والمقترحات والآراء الجديدة لتنمية وتطوير أعمالها وأنشطتها.
٢- المحافظة على تكاليف تهيئة وتدريب وتطوير الموظف الداخلي وتنمية قدراته.
٣- استقطاب المؤهلات والمهارات النادرة التي تنقص المنظمة.

ولكن يعاب على الاستقطاب من المصادر الخارجية ما يلي :

١- ارتفاع تكاليف الحصول على العمالة نظراً لتعدد الإجراءات وبرامج التهيئة المبدئية.
٢- استنفاد كثير من الوقت والجهد للوصول إلى ما تبغيه المنظمة.
٣- تحمل المخاطر نتيجة تعيين مرشحين جدد لا تتوافر الخلفية الكاملة عنهم.
٤- خفض الروح المعنوية للعاملين الحاليين بالمنظمة.

ومن أهم الطرق التي يمكن إتباعها في حالة الاعتماد على المصادر الخارجية ما يلي :

١- الإعلانات في الصحف والمجلات.
٢- مكاتب ومراكز التوظيف.
٣- الاعتماد على الجامعات والمعاهد العلمية.
٤- الأستعانه بالمستشارين في عمليات الاختيار.
٥- ترشيحات موظفي المنظمة.
٦- مكاتب المنظمة.
٧- النقابات.

وبعد استكمال خطوات الاستقطاب تتم عمليه الاختيار والتعيين التي تمر بدورها بعدة مراحل وخطوات متكاملة معا حتى تؤدى إلى انتقال الأفضل من الموارد البشرية المتقدمة للعمل ، ويوضح الشكل رقم (١/٨) خطوات الاختيار والتعيين :

وفيما يلي نبذه مختصرة عن كل خطوة من خطوات عمليه الاختيار والتعيين:

١- طلب التوظيف أو السيرة الذاتية:

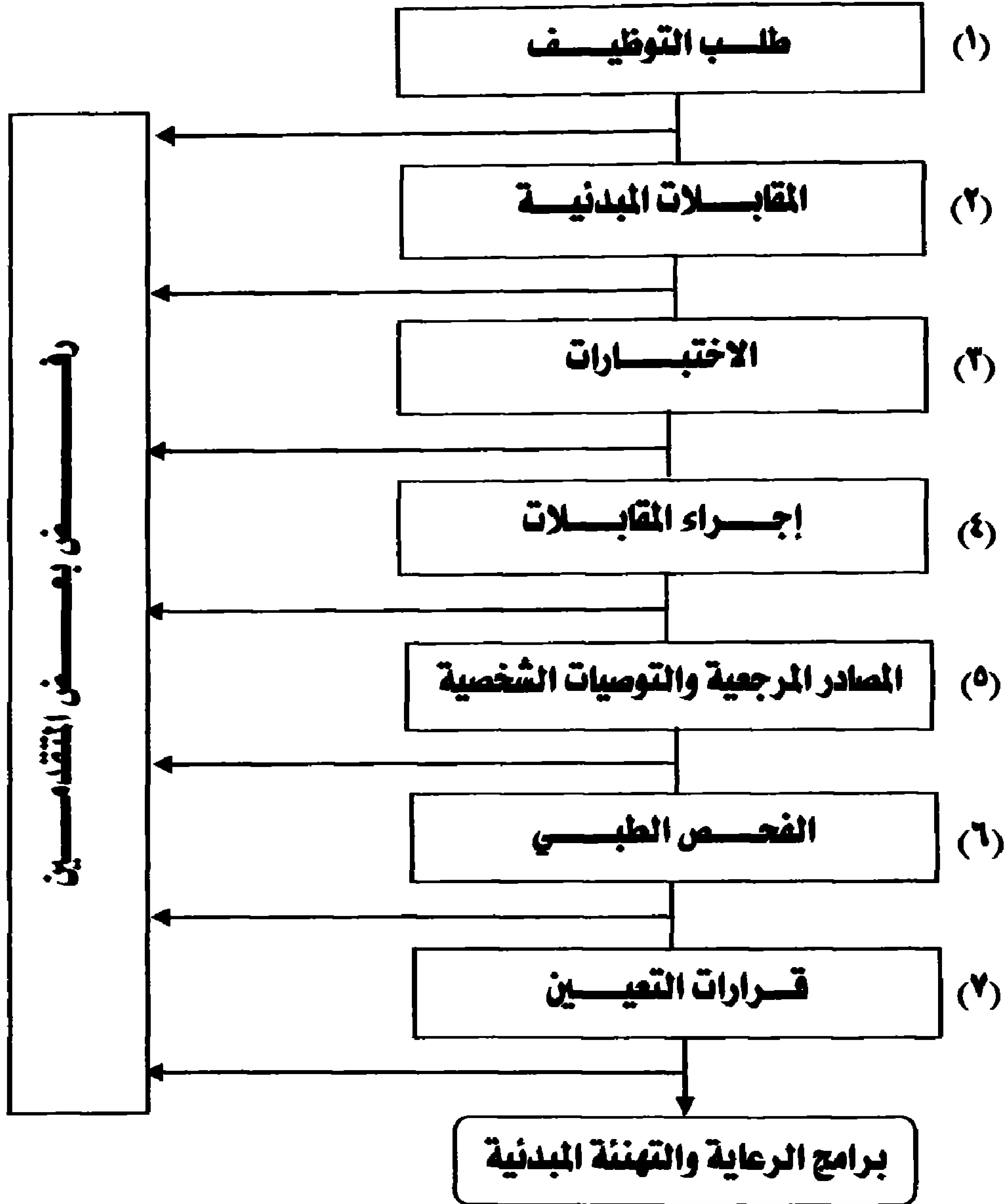
تستخدم طلبات التوظف بشكل واسع من قبل العديد من المنظمات ، إذ أنها تساعد على تخفيض تكاليف الاختيار وتزيد من فعاليته. وتمثل استمارات طلب التوظف نموذج رسمي يملؤه المتقدمين للرجوع إليه عند المقابلة للتأكد من بياناته ومعلوماته واستخدامه عندا يلزم الأمر.

٢- المقابلات المبدئية :

تقوم المنظمة بإجراء المقابلات المبدئية بهدف استبعاد من لا تتوافر لديهم الشروط الأساسية المطلوبة للوظيفة ، وقد تتم هذه المقابلات بصورة سريعة وبشكل جماعي بغية الإلمام السريع بمظهر المتقدم وعناصر شخصيته ومؤهلاته وخبراته مدى رغبته في الالتحاق للعمل بالمنظمة.

٣- الاختبارات :

تمثل الاختبارات تطبيق لبعض المقاييس والمعايير حسب إجراءات معينه على الأفراد طالبي التوظيف ، والنظر في كيفية استجابتهم لتلك الاختبارات ، ويجب أن تتوافر في هذه الاختبارات عدة شروط حتى يمكن الاعتماد عليها.



الشكل رقم (٧/١)

خطوات الاختيار والتعيين

ومن أهم أنواع الاختبارات التي يمكن للمنظمات العامة الاعتماد عليها عند إجراء عمليات الاختيار والتعيين :

1 -الاختبارات الجسمانية.
2 -اختبارات الذكاء.
3 -اختبارات القيم والاتجاهات والاهتمامات.
4 -اختبارات الإنجاز.
5 - اختبارات القدرات والاستعدادات.
6 -الاختبارات الطبية.
7 -اختبارات السرعة البديهية والاستجابة.
8 -الاختبارات الشخصية.
9 -الاختبارات النفسية.

4 - المقابلات :

تمثل مقابلة الاختيار وسيله لتقييم المتقدمين لشغل الوظائف ومن خلالها تجرى مع الشخص محادثة وجها لوجه، يمكن التعرف خلال ذلك على مدى القدرة مع الشخص محادثة وجها لوجه، يمكن التعرف خلال ذلك على مدى القدرة والرغبة لدى الشخص في العمل، هذا إلى جانب إمكانية مقارنته بأقرانه الآخرين المتقدمين لنفس الوظيفة. وتهدف المقابلة على العموم إلى الحصول المعلومات من الأفراد ، إمدادهم بالمعلومات اللازمة ، ومراجعتهم بصفه شخصيه.

ويميل الأفراد لأتباع طريقة المقابلة في كثير من الأحيان للمبررات التالية:

1 - تعطى انطباعا لدى المتقدمين بأهمية إجراء الحوار للمفاضلة وانتقاء الأفضل.
2 - المرونة : تتسم المقابلة بقدر من المرونة وسرعة الحصول على المعلومات.
3 - اعتياد الأفراد على وجود مقابلات.

5 - المصادر المرجعية والتوصيات الشخصية:

يتمثل الهدف الرئيس من الاعتماد على المصادر المرجعية في الحصول على المعلومات الخاصة بالمتقدم من الجهات أو الأشخاص ذوى الصلة بالفرد والذين يستطيعون إمداد المنظمة بالمعلومات المتعلقة بقدراته بشكل كاف، وتختلف تلك المصادر بحسب ما تراه المنظمة مناسبا لها، فقد تعتمد على المنظمات السابقة التي عمل بها الفرد أو مديره أو أصدقاءه.

6 - الفحص الطبي :

تهدف مرحلة الفحص الطبي إلى التأكد من الصلاحية المتقدم لشغل الوظيفة من الناحية الطبية ، إذ تتم عمليات الفحص عن طريق المنظمات الصحية المتخصصة التي تحددها جهة العمل ، والفحص الطبي مسئول عن الحالة الصحية الراهنة للمتقدم ولكنه لا يقدم تقريرا طبيا عن حالته الصحية مستقبلا.

7 - قرار التعيين والتهيئة المبدئية :

إن قرار التعيين هو الخطوة الأخيرة بعد عمليه متعددة المراحل بدأت مع تخطيط الموارد البشرية وأخيرا تنتهي مع التعيين ، ومع الوصول لقرار التعيين من قبل المنظمة فيما يتعلق بمسئولية الوظيفة وسلطاتها ، ومكان ممارستها وعلاقاتها ، وحوافزها وجميع مميزاتها.



الفصل الثامن

التخطيط المالي للخدمات الصحية

✍ بقراءتك لهذا الفصل يمكنك الإلمام بالموضوعات التالية :

- مفهوم تخطيط النشاط المالي للخدمة الصحية
- الأهداف التي يسعى المدير المالي إلى تحقيقها
- المبادئ الأساسية التي تحكم ممارسة الوظيفة المالية
- التخطيط المالي للخدمات الصحية وأهم أدواته
- التحليل المالي للخدمات الصحية وأهم أدواته

مقدمــــــة :

عندما تذكر وظيفة التخطيط المالي للخدمات الصحية ، فإنه يرادفها الإيرادات والتكاليف والأرباح والخسائر والأصول والخصوم كذلك المحاسبة بكافة أنشطتها التسجيل والتحليل وإدارة الأموال على المستوى القصير أو الطويل الأجل. إن المدير المالي في المنظمات الصحية المعاصرة يعد مديراً محورياً حيث يسهم دوره إلى حد كبير في تحقيق الاستقرار والاستمرار والتكييف والبقاء لمنظمته من خلال قراراته الاستثمارية المؤثرة على السيولة والربحية.

وحتى يتمكن المدير المالي من القيام بمختلف أبعاد دوره فإنه يحتاج إلى نظم معلومات يمكنه من صنع القرارات المناسبة ، ويشير البعض إلى أن نظام معلومات التمويل والمحاسبة كان لها السبق في الظهور والتطبيق دون غيرها من النظم الإدارية الأخرى كنظام معلومات الإنتاج والأفراد والتسويق ولهم الحق ، فلقد كان استخدام الآلات والمعدات قاصراً على معالجة البيانات المحاسبية ، إلا أن ذلك لا ينفي وجود نظم معلومات في المجالات الأخرى ولو بشكل يدوي أو غير منظمة إلى حد ما.

تهتم وظيفة التمويل في المنظمة ببحث مصادر الأموال واستخدامها . وإجراء عمليات التخطيط المالي ، والرقابة والتحليل المالي ، هذا إلى جانب بحث موقف السيولة والربحية بالمنظمة ، والاهتمام بإدارة النقدية والأصول المتداولة بالإضافة إلى إدارة الأصول الثابتة.

ولهذا فمن الضروري الوقوف على مصادر الأموال الداخلية والخارجية وأهمية كل منها ، كذلك المصادر الطويلة والقصيرة الأجل وبحث تطور قيمة الأسهم وتقدير أعباء الديون ، هذا إلى جانب كيفية إحداث التوافق بين مصادر الأموال واستخداماتها سواء من حيث المجالات أو الآجال.

كما يجب دراسة التخطيط المالي والطرق والوسائل المستخدمة فيه كالميزانيات النقدية التقديرية ، وقائمة نتائج الأعمال المتوقعة وتحليل التعادل لبحث مدى فعالية هذه الطرق ودقتها في التخطيط لعمليات ومعاملات المنظمة ، وتأتي عمليات التقييم والرقابة المالية لبحث جدوى هذه العمليات والمعاملات ، ومدى سيرها على المنهج المخطط له بهدف الوقوف على مدى الاستغلال الأمثل للموارد المالية المتاحة للمنظمة من عدمه. ويؤدي نظام المعلومات المالية ثلاثة أنشطة جوهرية تتمثل في : تعريف الاحتياجات المالية المستقبلية وتحديدها ، وتعريف طرق الحصول على الأموال من مصادرها

المختلفة بدقة ، وأخيراً مراقبة استخدام هذه الأموال. وفي ضوء ذلك يمكننا القول أن تخطيط الأنشطة المالية في المنظمات الصحية يعمل على تيسير أداء الأنشطة المتعلقة بمجال الإدارة المالية والتي يمكن ذكر أهمها على النحو التالي :

- وضع وصياغة المعايير الخاصة بقياس الأداء المالي وكيفية تطبيقها وبيان طريق التصرف بعد تطبيقها.
- وضع الخطط المالية لمختلف الوحدات الفرعية بما يساير الخطط المالية للمنظمة.
- دراسة وتحليل الإيرادات المالية للمنظمة وكذلك ما تتحمله المنظمة من تكاليف في سبيل ذلك بما يقتضي بدوره تحليل المبيعات والتكاليف.
- تحليل التدفقات النقدية الداخلة والتعرف على اتجاهاتها لاتخاذ القرارات المناسبة.
- متابعة التقارير المالية والتعرف على نتائجها ومقترحاتها.
- مقارنة الأرباح / السيولة / المديونية ... بمثيلتها في الصناعة أو بالأداء السابق وما سبق توقعه والتخطيط له.
- إجراء الرقابة والتقييم المستمر لكافة عناصر النشاط المؤثرة على التدفق النقدي الداخل والخارج.

وفي ضوء ما سبق ، يمكننا القول أن التخطيط المالي يعتبر إحدى الوظائف الرئيسة في المنظمات الصحية ، والتي ترتكز عليها في تحقيق أهدافها المنشودة. ويستهدف هذا الفصل تقديم للوظيفة المالية في المنظمات الصحية من خلال محاولة الإجابة على الأسئلة التالية :

ماذا يقصد بالوظيفة المالية ؟ وما هي السمات التي تميز الوظيفة المالية ؟
ما هي الأهداف التي يسعى المدير المالي إلى تحقيقها ؟
ما هي المبادئ الأساسية التي تحكم ممارسة الوظيفة المالية ؟
ما هو المقصود بالتخطيط المالي وما هي أهم أدواته ؟
ما هو المقصود بالتحليل المالي وما هي أهم أدواته ؟

ويتناول هذا الفصل العناصر التالية :

- **مفهوم تخطيط النشاط المالي للخدمات الصحية.**
- **أهداف الإدارة المالية .**
- **المبادئ الأساسية للإدارة المالية.**
- **التخطيط المالي للخدمات الصحية.**
- **التحليل المالي للخدمات الصحية.**

أولا : مفهوم تخطيط النشاط المالي للخدمات الصحية:

يمكن تعريف النشاط المالي بالمنظمة الصحية بأنه ، النشاط الإداري الذي يهتم باتخاذ القرارات المالية في المنظمة وتأثيرها على الثروة أو تعظيم القيمة الاقتصادية للمنظمة. ومن أمثلة هذه القرارات تقديم خدمات صحية جديدة أو شراء آلات ومواد جديدة أو إحلال أصول جديدة أو الاقتراض من البنوك أو تحديد الأسعار وبيان نظم محاسبة المرضي و العملاء ... إلخ. حيث تؤثر هذه القرارات على القيمة الاقتصادية للمنظمة الصحية بوجه عام.

كما يعرف البعض الآخر الوظيفة المالية بأنها : النشاط الخاص بالحصول على الأموال بالشكل الأمثل وتخصيص هذه الأموال بالطريقة التي تساعد على تعظيم ثروة المساهمين. ويركز هذا التعريف على أن وظيفة التمويل تتعلق بشكل أساسي بإدارة محفظة استثمارات المنظمة الصحية بالشكل الذي يعظم العائد على هذه الاستثمارات وفق مستوى مقبول من المخاطر ، وكذلك استخدام أفضل مزيج من مصادر التمويل لتخفيض تكلفة رأس المال إلى أدنى حد ممكن، مما يساعد في النهاية على تعظيم ثروة المساهمين.

ويستخلص مما سبق أن :

١- الوظيفة المالية تعتبر أحد الوظائف الرئيسة في المنظمة الصحية والتي تساعد في تحقيق أهدافها.
٢- الهدف النهائي للوظيفة المالية يتمثل في تعظيم القيمة الاقتصادية للمنظمة الصحية من خلال اتخاذ قرارين استراتيجيين هما قرار التمويل وقرار الاستثمار.
٣- أبعاد العملية الإدارية من تخطيط وتنظيم ورقابة تنطبق على الوظيفة المالية ، مثلها مثل باقي الأنشطة الرئيسة الأخرى كالإنتاج والتسويق والشراء وغيرها من الأنشطة.

السمات المميزة للوظيفة المالية :

تتميز الوظيفة المالية للخدمات الصحية عن غيرها من الوظائف أو الأنشطة الرئيسة الأخرى بما يلي :

١- التغلغل في جميع أوجه نشاط المنظمة ، حيث يصعب تصور تقديم أي خدمة صحية من قبل المنظمة أو أداء مهامها أو تحقيق أهدافها بمعزل عن الاحتياجات المالية.

2 - القرارات المالية قرارات ملزمة في غالبية الأحوال ، الأمر الذي يستلزم الحرص الشديد عند اتخاذ هذه النوعية من القرارات.

3 - بعض القرارات المالية تعتبر قرارات مصيرية قد تؤثر في نجاح المنظمة أو قدرتها على الاستمرار في السوق كالاستثمار في الأصول من خلال إضافة تخصصات طبية جديدة أو إنشاء مستوصف جديد أو تجهيز مبني متكامل بالأجهزة الطبية الحديثة .

4 - تستغرق نتائج القرارات المالية زمناً طويلاً نسبياً حتى يمكن التعرف علي نتائجها . مما قد يؤدي إلى صعوبة إصلاح الخلل أو إمكانية تداركه.

ثانيا : أهداف الإدارة المالية :

هناك هدفين للإدارة المالية في المنظمة الصحية :

1 - هدف تعظيم الربح : طبقاً لهذا الهدف يتم تقييم كل قرار تتخذه المنظمة الصحية على أساس مدى مساهمته في زيادة أرباح المنظمة أو تخفيض تكاليفها. ومن ثم يجب توفير البيانات والمعلومات عن قيمة الاستثمار في أي مجال من مجال الخدمات الصحية التي تقدمها المنظمة كذلك دراسة وتحليل معدل العائد المتولد عن كل منها.

2 - تعظيم ثروة المساهمين ، (تعظيم قيمة المنظمة) : يمثل تعظيم الثروة الهدف البديل للإدارة المالية في المنظمة ، والمقصود بالثروة هنا هو صافي حق الملكية للمنظمة ، ويمكن تحقيق هذا الهدف عن طريق تعظيم قيمة المنظمة.

ويتأثر تعظيم الثروة (قيمة المنظمة) – بالإضافة إلى الأرباح – بمجموعة من العوامل الأخرى من أهمها : تجنب المخاطر المرتفعة . ودفع كوبونات الأسهم للمساهمين الذين يملكون المنظمة. والبحث عن النمو. والمحافظة على سعر السهم في سوق الأوراق المالية.

وتجدر الإشارة في هذا المجال أن هناك كثيراً من الكتابات ترى أنه من الواجب أن تبذل المنظمة قدراً من الاهتمام لتحقيق التوازن بين مصالح عدة أطراف بدلاً من أن تركز على هدف تعظيم ثروة الملاك فحسب وذلك على أساس أن رفاهية هذه الأطراف ترتبط باستمرار ونمو وبقاء المنظمة وهو ما يوجب على المنظمة إدراج مقتضيات المسئولية الاجتماعية التي ينبغي عليها الاضطلاع بها ضمن قائمة أهدافها.

مسئوليات المدير المالي :

المدير المالي هو الشخص الذي تسند إليه مهام اتخاذ القرارات المالية ومتابعتها.، كما تعهد إليه مهمة صياغة السياسة المالية والمساهمة في إعداد الخطة الاستراتيجية للمنظمة. ويمكن تصنيف مهام ومسئوليات المدير المالي في الجوانب التالية :

1 - **التنبؤ والتخطيط** : يجب أن يتعاون المدير المالي بالمنظمة الصحية ، ويتبادل وجهات النظر مع كبار المسئولين في المنظمة عند وضع الخطط اللازمة لتحقيق الأهداف العامة ، وتحديد الشكل الذي يجب أن تكون عليه الخدمات الصحية المقدمة في المستقبل.

٢- **إدارة هيكل أصول المنظمة** : تعد إدارة هيكل أصول المنظمة الصحية من المهام الرئيسة للمدير المالي. وتتعلق هذه القرارات بكيفية الحصول على هذه الأصول والاستخدام الأمثل لها ، وهي بالتالي لا تتضمن فقط تحليل ربحية تلك الأصول بل تحدد حجم المنظمة ومعدل نموها. فعلى سبيل المثال إذا افترضنا أن هناك إحدي المستشفيات تحاول اتخاذ قرار بشأن إمكانية تقديم خدمة جراحة الفم والأسنان، وأنه قد تم عمل دراسة للسوق للوقوف على الطلب علي تلك الخدمة والأسعار التي يمكن تحديدها ، فإن المدير المالي مطالب بتوفير المخصصات المالية اللازمة لإضافة القسم الجديد بتجهيزاته وآلاته التي تسمح بتقديم تلك الخدمة علي أفضل وجه.

٣- **إدارة هيكل التمويل** : يتمثل الجانب الثالث من مسئوليات المدير المالي في تمويل أصول المنشأة من خلال تحديد أفضل مزيج من مصادر التمويل الداخلية والخارجية. فعلى سبيل المثال قد يقرر المدير المالي تمويل التوسعات في تقديم خدمات صحية جديدة أو خدمة أسواق جديدة عن طريق الاقتراض من البنوك.

٤- **التنسيق والرقابة** : يجب على المدير المالي التنسيق مع المسئولين الآخرين بالمنظمة للتأكد من كفاءة القيام بتقديم الخدمات الصحية المختلفة. فجميع القرارات التي يتم اتخاذها بالمنظمة لها انعكاسات مالية ومن ثم يجب أخذها بعين الاعتبار – على سبيل المثال ، فإن القرارات التسويقية مثل إدخال خدمة صحية جديدة أو تطوير خدمة قائمة أو اقتحام أسواق جديدة .. إلخ تؤثر على معدلات نمو الإيرادات، والتي تؤثر بدورها في المتطلبات الاستثمارية .

٥- **التعامل مع الأسواق المالية** : يجب على المدير المالي أن يشرف على صياغة وتنفيذ السياسات الخاصة بالتعامل مع الأسواق المالية. حيث تؤثر المنظمة وتتأثر بالظروف المحيطة وما يحدث في الأسواق المالية حولها.

٦- **إدارة المخاطر والتهديدات البيئية** : تواجه المنظمات الصحية أشكالاً مختلفة من المخاطر والتهديدات منها المخاطر الطبيعية ومخاطر الأعمال مثل التقلبات في أسعار الخدمات ودخول المنافسين الجدد ، إلا أن العديد من هذه المخاطر يمكن الحد من تأثيراتها عن طريق سياسات التأمين أو الاحتياط والدارسة والتحليل. ويعتبر المدير المالي عادة مسئولاً عن إدارة برنامج الخطر والذي يشمل تحديد أنواع المخاطر التي يجب التعامل معها والعمل على تغطيتها باستخدام أفضل الوسائل.

ثالثا : المبادئ الأساسية للإدارة المالية :

هناك العديد من المبادئ التي تمثل الأساس عند اتخاذ القرارات المالية الفعالة ، وعلى الرغم من أن هذه المبادئ لا تتطلب معرفة متعمقة بالتمويل ، إلا أنه من الضروري تحقيق الفهم الكامل لها من أجل اتخاذ القرارات التمويلية السليمة. ومن أهم تلك المبادئ :

المبدأ الأول : ضرورة الموازنة بين المخاطرة والعائد : إن بدائل الاستثمار تصاحبها مستويات مختلفة من المخاطر والعوائد المحتملة. فقد يختار بعض المديرين توجيه الأموال إلى مجالات استثمار تتسم بارتفاع درجة المخاطر، نظراً لأن هذه النوعية من الاستثمارات تصاحبها مستويات مرتفعة من العوائد. ومن ثم فإنه لا يجب السعي إلى المبادرة بمخاطر جديدة ما لم يكن هناك عائداً إضافياً متوقعاً.

المبدأ الثاني : الإهتمام بالتدفقات النقدية: عند قياس الثروة أو القيمة فإن العبرة تكمن في التدفقات النقدية وليس الأرباح المحاسبية. بمعنى أن المدير المالي المحترف يجب أن يهتم بتوقيت الحصول على الأموال وتوقيت استثمارها وتوقيت الحصول على عوائدها وتوقيت توزيعها علي الملاك.

المبدأ الثالث : الاعتراف بالقيمة الزمنية للنقود : النقود لها قيمة زمنية مصاحبة لها، فالريال الذي يمكن الحصول عليه الآن أعلى قيمة من نفس الريال الذي يمكن الحصول عليه العام القادم. ونظراً لأنه يمكن تحقيق عائد من النقود التي يتم تحصيلها اليوم ، فالقاعدة أنه من الأفضل السعي للحصول على الأموال مبكراً كلما كان ذلك ممكناً.

المبدأ الرابع : فهم ديناميكية التدفقات النقدية واتجاهات العائد على الاستثمار: إن مهمة المدير المالي هي تعظيم الثروة ، ويستلزم ذلك فهم ديناميكية التدفقات النقدية واتجاهات العائد على الاستثمار، وتقييم الأصول وغيرها من الاعتبارات.

المبدأ الخامس : التوازن في تحقيق مصالح مختلف الأطراف : يجب العمل علي إيجاد نوع من التوافق بين مصلحة الملاك ومصلحة الإدارة وذلك عن طريق حسن اختيار المديرين وتحفيزهم والمتابعة والتقييم المستمرين للتصرفات الإدارية وانعكاساتها على نتائج الأعمال. إن القاعدة التي يجب التوصل إليها هي : إن ما يعتبر في مصلحة الملاك يجب أن يعتبر بالضرورة في مصلحة الإدارة.

المبدأ السادس :مراعاة التأثيرات الضريبية عند الحكم على كفاءة القرارات المالية : يصعب على المدير المالي اتخاذ أي قرار دون الأخذ بعين الاعتبار التأثيرات الضريبية المصاحبة لهذا القرار .ويعني ذلك أن التدفقات النقدية التي يجب أخذها في الحسبان هي تلك التي يمكن تحقيقها بعد خصم الضرائب.

المبدأ السابع : تنويع القرارات المالية من حيث مستويات المخاطر : يشير التنويع إلي اختلاف مجالات الاستثمار وعدم التركيز في مجال أو مجالات محدودة ، حيث تغطي الأحداث الإيجابية في بعض المجالات تأثيرات الأحداث السلبية في مجالات أخرى ، ومن ثم الحفاظ على مستويات العائد المتوقع.

المبدأ الثامن : أهمية السلوك الأخلاقي : تمثل الأخلاقيات في المجال المالي أحد التحديات التي تواجه منظمات القرن الحادي والعشرين. إن السلوك الأخلاقي يعني عمل الأشياء الصحيحة ، ورغم أن كل مجتمع يتبنى مجموعة من القواعد أو القوانين التي توفر الإطار للحكم على ما يعتبر صحيحاً أو العكس فإن كل منظمة تمتلك مجموعة من القيم أو الأعراف أو المعتقدات التي تكون الأساس في رؤيتها وحكمها على الأشياء أو التصرفات .

رابعا : التخطيط المالي للخدمات الصحية

4 / 1 - مفهوم التخطيط المالي وفوائده :

يعتبر التخطيط المالي من أهم الأنشطة التي يعتمد عليها نجاح المنظمة واستمرارها ويبدأ التخطيط المالي بتكوين هدف ربح معين تسعى المنظمة إلى تحقيقه، ثم يمتد ليشمل التنبؤ بالخدمات الصحية المقدمة من حيث الكم والكيف، ثم التنبؤ بالاحتياجات المالية اللازمة لتنفيذ ذلك وتحقيق الأرقام المتوقعة .

وتتوقف فاعلية التخطيط المالي على عدة عوامل يقع بعضها خارج نطاق المنظمة الصحية والبعض الآخر يقع داخل المنظمة وفي حدود قدرتها فالعوامل الخارجية تشمل الحالة الاقتصادية العامة في الدولة والمؤشرات المختلفة المستخدمة في قياسها كإجمالي الناتج القومي أو الدخل الفردي القابل للإنفاق أو معدلات التضخم، بالإضافة إلى ذلك فإن طبيعة الخدمات الصحية المقدمة تؤثر تأثيراً فعالاً على السياسات المختلفة التي تتبناها المنظمة فيما يتعلق بالإيرادات والمصروفات ، والأصول والخصوم. أما العوامل الداخلية فتشمل الطاقة المتاحة والمتوقعة ، وسياسة الائتمان وسياسات التمويل وتوزيع العائد ودرجة كفاءة المنظمة في مقابلة طلبات العملاء والمرضى المتزايدة دون أي تأخير.

على ضوء العوامل الخارجية والداخلية المشار إليها يتم إعداد الخطط المالية المختلفة والتي تعد تصوراً رقمياً لما ستكون عليه أنشطة الشركة في الفترة الزمنية القادمة ويمكن تعديل هذه الخطط المالية لكي تواكب أي تغيير يحدث في أي عامل من العوامل المذكورة حتى تصبح معايير فعالة لتقييم أداء المنظمة الصحية واتخاذ الإجراءات التصحيحية في الوقت المناسب.

فوائد التخطيط المالي :

هناك عدد من الفوائد التي يحققها التخطيط من بينها :

1 - يمكن التخطيط المالي المنظمة الصحية من التعرف على التأثير الناتج عن قرارات الاستثمار وقرارات التمويل التي تتخذها المنظمة.
2 - يساعد التخطيط المالي للمنظمة الصحية في تقييم درجة المخاطر التي تتحملها المنظمة وفي التعرف على الوسائل التي يمكن بها تخفيض هذه المخاطر .
3 - يساعد التخطيط المالي المنظمة الصحية على تجنب اللجوء المفاجئ لمصادر الأموال من أجل الحصول على التمويل اللازم وما يصاحب ذلك من تكلفة مرتفعة.

أنواع التخطيط المالي :

يوجد هناك نوعان من التخطيط المالي : التخطيط المالي طويل الأجل. والتخطيط المالي قصير الأجل.

١ – **التخطيط المالي طويل الأجل :** يعد التخطيط المالي طويل الأجل من أهم الأسس التي يعتمد عليها نجاح المنظمة ونموها في الأجل الطويل. فالخطط المالية طويلة الأجل تسهم في وضع السياسات المالية للمنظمة الصحية وعلى ضوء هذه السياسات المالية يتم إعداد الخطط المالية قصيرة الأجل. لذلك يمكن النظر إلى الخطط والميزانيات والقوائم التي تعدها المنظمة في الأجل القصير على أنها إرشادات عملية لتحقيق الأهداف المالية طويلة الأجل.

والفترة الزمنية التي تغطيها الخطط المالية طويلة الأجل تتراوح بين عامين وعشرة أعوام وتلعب طبيعة نشاط المنظمة دوراً هاماً في تحديد الفترة الزمنية التي تغطيها الخطط المالية طويلة الأجل. فكلما تميزت أنشطة المنظمة الصحية بالثبات النسبي كلما ساعد ذلك إدارة المنظمة على إعداد الخطط المالية لعدة أعوام (٥–١٠ أعوام). أما إذا كانت أنشطة المنظمة تتميز بالموسمية وسرعة التقلب كلما كانت الخطط المالية طويلة الأجل مقصورة على عامين أو ثلاث أعوام. وعند إعداد الخطط المالية طويلة الأجل يكون التركيز على النواحي التالية :

١– كيفية تنفيذ الخطط الاستثمارية.
٢– البرامج والأبحاث المتعلقة بتنمية وتطوير الخدمات الصحية الجديدة.
٣– المصادر الرئيسية للحصول على الأموال.
٤– كيفية سداد القروض المختلفة.

٢ – **التخطيط المالي قصير الأجل :** يعتمد التخطيط المالي قصير الأجل على إعداد مجموعة من القوائم الهامة التي تشمل النتائج المالية المتوقعة لأنشطة المنظمة الصحية خلال فترة زمنية قادمة. وتشمل هذه القوائم قائمة التدفق النقدي (الميزانية النقدية) ، والميزانية العمومية المتوقعة ، وقائمة الدخل المتوقعة. يبدأ التخطيط المالي بالتنبؤ بحجم الخدمات الصحية المقدمة ، وعلى ضوء ذلك يتم إعداد الخطط والتي تأخذ في الحسبان الفترة الزمنية اللازمة .

ويتم استخدام قائمة الدخل المتوقعة في التعرف على التغيرات المتوقعة في الإيرادات والمصروفات خلال الفترة المقبلة أما الميزانية النقدية فتسهم في التعرف على حجم النقدية المتوقعة والتغيرات في حسابات القبض وحسابات الدفع كما أنها تشمل الزيادة في الأصول الثابتة أو النقص

في هذه الأصول وأخيراً فإن الميزانية العمومية المتوقعة يتم إعدادها طبقاً للمعلومات الواردة بقائمة الدخل المتوقعة والميزانية النقدية المتوقعة والميزانية العمومية الحالية .

تخطيط الربح باستخدام تحليل التعادل:

يسهم تخطيط الربح في الإجابة على عدد من الأسئلة التي تواجه الإدارة في أي منظمة ، ومن الضروري أن تعرف الإدارة النقطة التي عندما تتساوي إيرادات المنظمة مع تكاليفها الكلية كما أنه من الضروري أيضاً أن تعرف الإدارة إلى أي حد ستتغير أرباح المنظمة نتيجة للتغير في الخدمات الصحية المقدمة أو في أسعار تقديمها ، وأخيراً فإن الإدارة تهتم بمعرفة الحجم الأمثل للأصول الثابتة الذي يجب أن تحتفظ به المنظمة وبمعرفة تأثير سياسات الاقتراض على ربحيه المنظمة.

ويعتبر تحليل التعادل أداء من أدوات التخطيط المالي وذلك لأنه يبين للإدارة الأثر الذي تحدثه التغيرات في التكاليف الثابتة والتكاليف المغيرة وعلى ربحية المنظمة – فالمعروف أن التكاليف الثابتة هي التي لا تتغير بتغير حجم الإنتاج ومثال ذلك تكاليف الإهلاك وتكاليف إيجارات المباني والإضاءة أما التكاليف المتغيرة فهي التي تتغير بتغير حجم الإنتاج ومثال ذلك تكاليف المواد الخام والأجور المباشرة والعلاقة بين التكاليف الثابتة والمتغيرة وبين إيرادات المنظمة يمكن التعرف عليها بالنظر إلى خريطة التعادل .

الميزانية التقديرية النقدية :

تعتبر الميزانية التقديرية النقدية إحدى أدوات التخطيط المالي ، حيث توضح النمط الذي ستكون عليه التدفقات النقدية المستقبلة. ويعتبر هذا النوع من الميزانيات ذو أهمية قصوى للمدير المالي إذ يزوده بمعلومات مفيدة عن حجم الفائض أو العجز النقدي المتوقع وتوقيت حدوثه. فإذا ما أظهرت الميزانية عدم كفاية النقدية للوفاء بالالتزامات عندما يحين موعد استحقاقها ، فإنه يصبح من الضروري البحث مقدماً عن المصادر المحتملة لتمويل ذلك العجز حتى لا تتعرض المنظمة لمخاطر العسر المالي ، أما إذا كشفت الميزانية عن فائض نقدي متوقع فإن الأمر قد يقتضي ضرورة التخطيط مقدماً لاستثماره. وبالطبع ينبغي المفاضلة بين المصادر البديلة لتمويل العجز أو الفرص البديلة لاستثمار الفائض ، على ضوء الهدف الأساسي الذي تسعى الإدارة المالية إلى تحقيقه.

على الرغم من أن الفترة التي تعد عنها الميزانية التقديرية النقدية تختلف من منظمة لأخري ، إلا أن القاعدة العامة تقضي بأن تعد الميزانية عن فترة قصيرة نسبياً. فهذا النوع من الميزانيات يقوم في الأساس الأول على التنبؤ ، وكما هو معروف فإن التنبؤ لفترة قصيرة يعد أكثر دقة من التنبؤ لفترة طويلة. ومن المعتاد أن تغطي الميزانية التقديرية سنة كاملة ، وغالباً ما يتم تجزئتها إلى فترات

، فإذا ما تميزت التدفقات النقدية بشئ من الثبات .فقد تجزأ الميزانية إلى فترات ربع سنوية ، أو نصف سنوية ، بل وقد لا تجزأ على الإطلاق. أما إذا تميزت التدفقات النقدية بالتقلب ، فقد يتطلب الأمر بناء احتياطي نقدي داخل الميزانية حتى تتجنب المنظمة مخاطر الوقوع في الأزمات التي قد تضر بسمعتها في السوق.

ويعتمد إعداد الميزانية التقديرية النقدية على ثلاثة أركان أساسية تتمثل في :

1 - تقدير التدفقات النقدية الداخلة.
2 - تقدير التدفقات النقدية الخارجة.
3 - تقدير صافي هذه التدفقات.

(1) تقدير التدفقات النقدية الداخلة : يقصد بالتدفقات النقدية الداخلة حجم وتوقيت المتحصلات النقدية خلال الفترة. وتعتبر الإيرادات المتوقعة من الخدمات الصحية من أهم مصادر التدفقات النقدية الداخلة التي تظهر في الميزانية التقديرية النقدية .

(2) تقدير التدفقات النقدية الخارجة : يقصد بالتدفقات النقدية الخارجة حجم وتوقيت المدفوعات النقدية خلال الفترة. وتعتبر التكاليف الثابتة والمتغيرة المتوقعة من أهم العوامل المحددة لحجم التدفقات النقدية الخارجة ، كما تعتبر سياسة تقديم الخدمات الصحية من أهم العوامل المؤثرة على توقيت تلك التدفقات. ولا تعتبر القرارات الخاصة بالتكاليف وسياسة الخدمات الصحية هي المحدد الوحيد لنمط التدفقات النقدية الخارجة ، إذ أن هناك العديد من القرارات الأخرى التي تؤثر على حجم هذه التدفقات ومن أمثلتها قرارات شراء الأصول الثابتة ، وتوزيعات العوائد على المساهمين ، وما شابه ذلك.

(3) تقدير صافي التدفقات النقدية : يمثل صافي التدفقات النقدية الفرق بين التدفقات النقدية الداخلة وبين التدفقات النقدية الخارجة ، وقد يكون صافي التدفق النقدي موجباً أو سالباً. ويكون صافي التدفق النقدي موجباً إذا زادت التدفقات النقدية الداخلة عن التدفقات النقدية الخارجة ، بينما يكون صافي التدفق النقدي سالباً إذا زادت التدفقات النقدية الخارجة عن التدفقات النقدية الداخلة.

ويمكن أن يكون لدي المنظمة الصحية الميزانيات التقديرية التالية :

1. الميزانية التقديرية للخدمات الصحية العلاجية والوقائية.
2. الميزانية التقديرية للإيرادات الطبية .
3. الميزانية التقديرية للمخزون من الأدوية والمواد الطبية.
4. الميزانية التقديرية لمشتريات الأدوية.
5. الميزانية التقديرية للأصول الثابتة.

6. الميزانية التقديرية لرأس المال البشري.
7. الميزانية التقديرية لتوصيل الخدمات الصحية .
8. الميزانية التقديرية للمصروفات.
9. الميزانية التقديرية النقدية.
10. الميزانية التقديرية للمصروفات الرأسمالية.
11. الميزانية التقديرية العامة.
12. الميزانية التقديرية للبحوث والإستشارات والتدريب.

خامسا : التحليل المالـي للخدمات الصحية

مفهوم التحليل المالي وأهميته:

يعرف التحليل المالي بأنه نشاط يتعلق بتحويل البيانات المدونة في القوائم المالية إلى معلومات ذات دلالات معينه من وجهة نظر القائم بالتحليل ، وبما يفيد في الحكم على مجالات القوة والضعف في السياسات المالية للمنظمة الصحية . والتحليل المالي لا يخرج في إطاره العام عن معنى التفسير وإيجاد علاقات مفهومة بين البيانات المالية بما يجعلها أكثر وضوحا وأعظم نفعا من وجهة نظر متخذ القرار سواء كان داخليا أم خارجيا.

ويمكن تلخيص أهمية التحليل المالي للخدمات الصحية المقدمة في النقاط التالية :

١- المساهمة في إعداد الخطط وزيادة فعاليتها .
٢- التعرف على نقاط القوة والضعف في السياسات المالية للمنظمة الصحية، بما يؤدى إلى إمكانية تعضيد نقاط القوة ومواجهة نقاط الضعف .
٣- التعرف على مدى قوة المركز المالي للمنظمة الصحية والقدرة الاستثمارية لديها ، ومن ثم قدرتها على الاستمرار في السوق وتحقيق النمو لعملياتها وأنشطتها .
٤- قياس كفاءة عمليات المنظمة داخل بيئة الأعمال التي تنتمي إليها والتعرف على وضعها الفني والعملياتي والتسويقي والمالي وتقدير حصتها السوقية ومكانتها التنافسية .
٥- الوقوف على مستقبل المنظمة من خلال إعداد النتائج المالية المستقبلية والقيمة السوقية المتوقعة للسهم .

الأطراف المستفيدة من التحليل المالي :

يمكن التمييز بين فئتين من المحليين الماليين هما **المحلل الداخلي** والذي يتمثل في الفرد أو الجهة التي تقوم بالتحليل المالي باعتبارها عضوا في المنظمة التي تخضع للتحليل . ومن أمثلة المحلل المالي الداخلي : الإدارة والعاملين ، والمساهمين، والجهاز المالي .. إلخ

أما الفئة الثانية فتتمثل في **المحلل الخارجي** ، وهو الشخص أو الجهة التي لا تنتمي للمنظمة موضع التحليل والذي قد يكون المؤسسات المالية ، الموردون ، المنافسون ، والمستثمرون المتوقعون

مراحــل التحليل المالي ومجالاته :

يتطلب القيام بالتحليل المالي المرور بثلاث خطوات رئيسة هي :

١- التصنيف : ويقصد بهذه المرحلة القيام بوضع البيانات في مجموعات متناسقة ومتشابهة تمكن من إجراء المقارنات .

٢- المقارنة : وهي المرحلة الخاصة بمحاولة إنشاء علاقات بين البيانات المصنفة وفق أصول ومبادئ محددة . وتتم عملية المقارنة على مستوى المجموعات الكلية والمجموعات الجزئية وعبر فترات زمنية متفاوتة.

٣- الاستنتاج : وتتضمن هذه الخطوة تفسير العلاقات التي تم التواصل إليها في المرحلة السابقة ، وذلك بغرض الوقوف على مدى سلامة السياسات المالية للمنظمة وفرص زيادة فعاليتها في المستقبل .

أما بالنسبة لمجالات التحليل المالي : فنظرا لأن الهدف من التحليل المالي يتلخص في الوقوف على مدى سلامة العلاقة بين القرارات المالية والنتائج المالية المترتبة عليها ، فان مجالات التحليل يجب أن تغطى أربعة مجالات رئيسة هي : تحليل قرارات التمويل ، وتحليل قرارات الاستثمار ،وتحليل السيولة ، وتحليل الربحية

القوائم المالية المستخدمة في التحليل المالي :

تقوم معظم المنظمات الصحية بإعداد مجموعة من القوائم المالية على فترات زمنية مختلفة ، وتتمثل هذه القوائم فيما يلي :

١- قائمة المركز المالي (وتسمى أحياناً الميزانية العمومية).

٢- قائمة الدخل أو قائمة نتائج الأعمال.

٣- قائمة الأرباح المحتجزة.

٤- قائمة التدفق النقدي.

أولاً: قائمة المركز المالي :

قائمة المركز المالي هي تقرير موجز يوضح قيمة الموجودات المعبرة عن استثمارات المنظمة الممثلة في الأصول ومصادر تمويل هذه الاستثمارات والمتمثلة في حقوق الدائنين وحقوق أصحاب المنظمة ، وقائمة المركز المالي تقوم على توازن جانبيها الأساسيين التاليين :

الأصول (الاستخدامات) = الخصوم + حقوق الملكية (المصادر)

وتوازن قائمة المركز المالي مستمد من أن أي تغيير يحدث في أي جانب من الجانبين يؤثر على الجانب الآخر وبنفس القيمة وفي ذات الاتجاه (زيادة ونقصان) ومن ثم يمكن القول

أن هذه القائمة تظهر الحالة المالية للمنظمة في تاريخ معين ومن ثم فهي تعتبر ملخص للموقف المالي للمنظمة الصحية في هذا التاريخ.

ولتجهيز قائمة المركز المالي لأغراض التحليل المالي يتعين اتباع الخطوات الآتية :

الخطوة الأولى : توزيع بنود الميزانية وفقاً للطبيعة كل منها وتقسيمها إلى قسمين أساسين : ويتضمن القسم الأيسر مصادر الأموال المتاحة للمنظمة (الهيكل التمويلي) ، أي المصادر التي تم الإعتماد عليها في تمويل أنشطة المنظمة ، أما القسم الأيمن فيتضمن كافة الأصول التي تم اقتنائها بالأموال التي يظهرها القسم الأول ويقسم عادة إلى ثلاث مجموعات هي الثابتة وشبه الثابتة والمتداولة.

ويوضح الجدول التالي الشكل المناسب لقائمة المركز المالي بعد إعادة تصنيفها.

الأصـــــول	الخصوم ورأس المال
1 - مجموع الأصول الثابتة. 2 - مجموعة الأصول شبه الثابتة. 3 - مجموعة الأصول المتداولة. **أساس التقسيم** : الغرض من حيازة الأصل ودرجة قابليته للسيولة :	1 - مجموعة حقوق الملكية (صافي). 2 - مجموعة الخصوم طويل الأجل. 3 - مجموعة الخصوم قصيرة الأجل (المتداولة). **أساس التقسيم** : نوع الملكية ، الفترة الزمنية المستقبلية لاستحقاق الدين.

الخطوة الثانية : إعادة ترتيب بنود الأصول والخصوم : غالباً ما يتم ترتيب الأصول من القمة إلى القاعدة حسب درجة سيولتها بمعنى أن الأصول التي تدرج في أعلى القائمة يجب أن تكون أسرع في التحول لنقدية من تلك التي في أدناها وبالتالي توضع الأصول المتداولة على رأس القائمة على أساس أنه من المتوقع أن تتحول إلى نقدية خلال سنة على أن يدرج بعدها الأصول الثابتة ، كذلك يتم ترتيب الأصول داخل مجموعة الأصول المتداولة حسب درجة سيولتها فنبدأ بالأصول النقدية ثم الأصول أقل سيولة ويتم ترتيبها كما يلي : النقدية ، الأرصدة بالبنوك ، الحسابات المدينة ، المخزون.

ويمكن ترتيب الجانب الأيسر من الميزانية بنفس الطريق حيث نبدأ بالخصوم سريعة السداد فالتي تليها وهكذا (الحقوق واجبة الدفع بشكل أسرع نسبياً) وتنتهي بحقوق الملاك وبالتالي نبدأ بالخصوم المتداولة ثم متوسطة ثم طويلة الأجل . ونظراً لأن المنظمة لن تستغني إطلاقاً عن المساهمين ، فرأس المال والأرباح المحتجزة والإحتياطيات يجب أن تقع في آخر القائمة.

ونستعرض فيما يلي قائمة المركز المالي لإحدى المنظمات الصحية في لحظة معينة حيث يظهر في الشكل التالي قيمة أصول المنظمة وقيمة الحقوق على تلك الأصول في 2012/12/31 .

قائمة المركز المالي عن السنة المنتهية في 2012/12/31

	الأصول المتداولة (الجارية) :		**الخصوم المتداولة (الجارية) :**
	• نقدية		• قروض قصيرة الأجل من بنوك .
	• أرصدة بالبنوك		• حسابات دائنة.
	• حسابات مدينة		• مستحقات ضرائب.
	• مخزون		
	الأصول الثابتة :		**الخصوم متوسطة الأجل :**
	• آلات – جمع إهلاك الآلات		• قروض متوسطة الأجل
	• مباني (- مجمع إهلاك المباني)		• التزامات في ظل استئجار رأسمالي
	• الأراضي		
	• صافي الأصول الثابتة		
	أصول مستأجرة في ظل نظام الاستئجار الرأسمالي (مخصوماً منها الإهلاك المتجمع)		**الخصوم طويلة الأجل**
			• قروض مصرفية طويلة الأجل
	أصول غير ملموسة		•
			حق الملكية :
			• رأس المال
			• احتياطيات.
			• أرباح محتجزة
	الإجمالي		**الإجمالي**

ثانياً: قائمة الدخل :

تعرض قائمة الدخل نتيجة أعمال المنظمة الصحية خلال الفترة التي تعد عنها – عادة ما تكون سنة – وذلك باشتمالها على إيرادات ومصروفات المنظمة خلال تلك الفترة ومن ثم تظهر صافي الأرباح أو الخسارة الناتجة عن عمليات المنظمة.

وتتمثل أهم بنود قائمة الدخل فيما يلي :

١- قيمة إيراد الخدمات الصحية وهي عبارة عن قيمة إجمالي الإيرادات المتحصلة نتيجة تقديم جميع الخدمات الصحية التي تم تحقيقها خلال الفترة.
٢- تكلفة المعامل والأشعة والخدمات الخارجية عبارة عن التكاليف التي تحملتها المنظمة في سبيل تقديم خدماتها وتحقيق إيراداتها.
٣- مجمل الربح : وهو عبارة عن المبلغ المتبقي بعد خصم تكلفة المعامل والأشعة والخدمات الخارجية.
٤- مصروفات التشغيل : وتتضمن المصروفات البيعية والعامة أو الإدارية وإيجار المبني.
٥- مجمل ربح التشغيل : وينتج بعد خصم مصروفات التشغيل من مجمل الربح ويسمى أحياناً بمجمل ربح العمليات.
٦- قيمة مخصص الإهلاك : وهو يعبر عن صافي الربح قبل استبعاد فوائد البيع والضرائب.
٧- صافي ربح التشغيل (صافي ربح العمليات) : وينتج بعد خصم مخصص الإهلاك من مجمل ربح التشغيل ، وبذلك يمكن للمحلل المالي أن يقوم بتقييم أداء هذه الوظائف عند هذه المرحلة من قائمة الدخل ويسمى أحياناً بصافي ربح العمليات.
٨- صافي الربح قبل الضرائب : وينتج بعد خصم فوائد الديون من صافي ربح التشغيل.
٩- صافي الربح بعد الضرائب : ينتج بطرح الأعباء الضريبية من صافي الربح قبل الضرائب.

ويظهر صافي إيراد الخدمات الصحية في أعلا القائمة وتخصم التكاليف والنفقات المختلفة لتصل في النهاية إلى صافي الدخل المتاح.

وتتمثل إيرادات الخدمات الصحية الأشكال التالية :

(١) إيرادات خدمة المرضي وتشمل الآتي :

- التمريض .
- غرف التوليد .
- غرفة الطوارئ .
- المستلزمات الطبية والجراحية.
- المختبرات .
- الصيدلية.
- الأشعة .

- غرف النقاهة .
- التخدير .
- العلاج الطبيعي .... إلخ .

(٢) إيرادات تشغيلية أخري ، وهي الإيرادات التي تحصل عليها المستشفيات من خدمات غير خدمات العناية الطبية بالمرضي ، ومنها :

- الإيرادات من البرامج التعليمية (دورات علمية).
- منح الأبحاث .
- إيرادات تأجير أماكن تابعة للمستشفي مثل العيادات الخارجية والقاعات الكبري.
- الإيرادات من محلات بيع الهدايا والكافيتريا وغيرها .
- إيرادات نسخ التقارير الفنية للمرضي ...... إلخ .

(٣) الإيرادات غير التشغيلية ، وهي التي ليس لها علاقة مباشرة بالأنشطة الإعتيادية للمستشفي :

- أموال الهدايا والتبرعات والهبات.
- استثمار الأموال غير المقيدة .
- إيرادات من بيع ممتلكات المستشفي .
- إيرادات ممتلكات لا تستخدم في عمليات المستشفي.

الصور التقليدية لقائمة الدخل :

وهذه الصورة هي الصورة الأكثر شيوعاً في مجال الاستخدام العملي وهي تظهر على النحو التالي :

قائمة الدخل عن العام المنتهي في 2012/12/31

بيــــــــان	الصورة الثانية
• إيرادات الخدمات الصحية	1700
• تكلفة تقديم الخدمات الصحية	1000
• إجمالي الربح	700
• مصروفات المعامل والأشعة والخدمات الخارجية والإدارية.	230
• إجمالي دخل التشغيل	470
• الإهلاك	100
• صافي دخل التشغيل (صافي الربح قبل الفوائد والضرائب)	370
• الفوائد والمصروفات التمويلية (تكلفة التمويل)	80
• صافي الدخل قبل الضريبة	300
• الضريبة (40 %)	160
• صافي الدخل المتاح للتوزيع (صافي الربح بعد الضرائب)	240

ثالثاً: قائمة الأرباح المحتجزة :

يعبر بند "الأرباح المحتجزة" : في قائمة المركز المالي عن مقدار الأرباح التي أبقاها المساهمون في النشاط خلال السنوات المختلفة ، توضح قائمة الأرباح المحتجزة صافي الدخل خلال فترة معينة عادة ما تكون سنة مع بيان التغير في الأرباح المحتجزة من بداية السنة حتى نهايتها وأخيراً توضح ما إذا كان هناك أي توزيعات قد تم دفعها لحملة الأسهم ومن ثم فهي تبين الاستثمار الإضافي الذي ساهم أصحاب المنظمة بتقديمه .

رابعاً: قائمة التدفق النقدي :

قضت معايير المحاسبة الدولية بإلزام المنظمات التي تصور حساباتها طبقاً لهذه المعايير بإرفاق قائمة للتدفق النقدي مع كل من قائمة المركز المالي وقائمة الدخل على اعتبار أنها جزء مكمل للبيانات المالية التي تتضمنها هاتين القائمتين ومن ثم فإن

إضافتها ستزيد من فهم عمليات المنظمة وأنشطتها . ووفقاً للمدخل الحديث يتم إعداد هذه القائمة عن طريق تقسيم التدفقات النقدية على أساسين في وقت واحد . كما يلي :

(أ) تدفقات نقدية داخلة تدفقات نقدية خارجة.

(ب) تدفقات نقدية تشغيلية وتدفقات نقدية مالية وتدفقات نقدية استثمارية.

ونعرض فيما يلي نموذج عام لقائمة التدفق النقدي التي تتكون من الآتي :

أولاً: تدفقات نقدية تشغيلية		
إيرادات الخدمات الصحية	xxx	
تطرح تكاليف تقديم الخدمات الصحية	(xxx)	
مجمل هامش النقدية	xxx	
تطرح نفقات نقدية للتشغيل	(xxx)	
النقدية من العمليات	xxx	
تطرح الضرائب	(x)	
صافي الدخل النقدي من العمليات		xx
ثانياً : تدفقات نقدية مالية		
تدفقات داخلية	xx	
تطرح تدفقات خارجية	(x)	
صافي التدفق النقدي المالي	-	xx
ثالثاً: تدفقات نقدية استثمارية		
تدفقات داخلية	xx	
تطرح تدفقات خارجية	(x)	
صافي التدفق النقدي الاستثماري	-	xx
صافي تدفقات نقدية تشغيلية ومالية واستثمارية		xx
(التغير في المركز النقدي)		
+ الرصيد الافتتاحي للنقدية		xx
الرصيد الختامي للنقدية		xx

أدوات التحليل المالي :

يوجد العديد من أدوات التحليل المالي ، وسوف على عرض أداتين فقط وهما الأكثر انتشاراً: النسب المالية. وقائمة مصادر الأموال واستخداماتها.

أولاً: النسب المالية : تعتبر من أهم الأدوات التي تعتمد عليها الإدارة في تحليل المركز المالي وربحية المنظمة كما تعتبر أيضاً أداة يعتمد عليها الأطراف الأخرى سواء الداخلية أو الخارجية في اتخاذ قراراتهم المالية.

والنسب المالية هي محاولة لإيجاد علاقة بين معلومتين خاصيتين بالمركز المالي للمنظمة ، ولذا فإنها تزود الأطراف المعنية بفهم أفضل لظروف المنظمة من الناحية المالية ، ولا يتطلب حساب النسب المالية إلا لقدر محدود من المهارة والقدرة ، أما تحليل وتفسير تلك النسب فهو المحك الأساسي الذي يميز المحلل المالي الكفء عن المحلل الأقل كفاءة وتجدر الإشارة إلى أن حساب بعض النسب يعتمد على قيمة الأصول أو الخصوم خلال العام .

وتجدر الإشارة إلى وجود عدد كبير من نسب التحليل المالي ، يمكن تقسيمها إلى أربعة مجموعات تشمل نسب السيولة ، ونسب الربحية ، ونسب النشاط ، ونسب المديونية ، وذلك علي النحو التالي :

(١) نسب السيولة : يقصد بها تلك النسب التي تقيس قدرة المنظمة على الوفاء بالإلتزامات قصيرة الأجل (الخصوم المتداولة) بما لديها من نقدية وأصول شبه نقدية أخرى يمكن تحويلها إلى نقدية في فترة قصيرة (الأصول المتداولة). ويمكن الإعتماد في هذا الصدد علي النسب الفرعية التالية لحساب السيولة :

$$\text{١/١ نسبة التداول} = \frac{\text{مجموع الأصول المتداولة}}{\text{مجموع الخصوم المتداولة}}$$

١/٢ نسبة التداول السريعة :

$$= \frac{\text{مجموع الأصول – المخزون السلعي}}{\text{الخصوم المتداولة}} = \text{١ مرة}$$

وهناك نسب مالية متعددة أخري لقياس السيولة ، علي المحلل المالي أن يقوم بدراستها وتحليلها عندما يتطلب الأمر ذلك.

(٢) نسبة الربحية : تعكس مدى قدرة المنظمة على تحقيق الأرباح سواء من مبيعاتها أو أصولها ، وعلاوة على أهميتها للإدارة إلا أنها تهم أيضاً الملاك والدائنون الذين يقدمون للمنظمة قروضاً طويلة الأجل ، إذ يتوقع المقرضون سداد أموالهم والالتزامات المترتبة عليها عن طريق أرباح المنظمة وليس عن طريق تصفية أصولها ، وتنقسم هذه النسب إلى ما يلي :

١/٢ نسبة مجمل الربح : صافي إيرادات الخدمات الصحية (هامش مجمل الربح)

$$= \frac{\text{مجمل الربح}}{\text{صافي إيرادات الخدمات الصحية}} \times ١٠٠$$

٢/٢ العائد على إيرادات الخدمات الصحية :

$$= \frac{\text{صافي الربح}}{\text{صافي إيرادات الخدمات الصحية}} \times ١٠٠$$

٣/٢ العائد على الإستثمار :

$$= \frac{\text{صافي الربح}}{\text{صافي إيراد الخدمات الصحية}} \times \frac{\text{صافي إيرادات الخدمات الصحية}}{\text{صافي الأصول}}$$

٤/٢ العائد على حقوق الملكية :

$$= \frac{\text{صافي الربح}}{\text{حقوق الملكية}} \times ١٠٠$$

٣- نسب النشاط : تقيس مدى كفاءة الإدارة في استغلال أصولها في تحقيق معدل مناسب من إيراد الخدمات الصحية أي أنها تقيس مدى كفاءة إدارة الأصول ، وهي نسب تهتم بها كافة الأطراف التي تتعامل معها المنظمة الداخلية منها والخارجية . ومن هذه النسب ما يلي :

١/٣ معدل دوران الأصول المتداولة :

$$= \frac{\text{صافي المبيعات}}{\text{مجموع الأصول المتداولة}} = \text{.... مرة}$$

2/3 معدل دوران الذمم (أوراق القبض)

$$= \frac{\text{صافي الإيرادات الآجلة}}{\text{إجمالي الذمم (أوراق القبض)}} = \text{..... مرة}$$

4 - نسب المديونية : تقيس هذه النسب مدى اعتماد المنظمة على الديون في تمويل احتياجاتها ،وتنقسم هذه النسب إلى ما يلي :

1/4 نسبة المديونية (إجمالي الديون : إجمالي الأصول) :

$$= \frac{\text{إجمالي الديون}}{\text{إجمالي الأصول}} \times 100 = \%$$

2/4 نسبة الديون إلى حقوق الملكية :

$$= \frac{\text{إجمالي الديون}}{\text{إجمالى حقوق الملكية}} \times 100$$

قائمة المصادر والاستخدامات :

توضح هذه القائمة المصادر التي تحصل منها المنظمة على أموالها وكذلك الاستخدامات التي توجه إليها هذه الأموال ، يتطلب إعداد القائمة توافر ميزانيتين عموميتين متتاليتين . وهناك صورتين لقائمة مصادر الأموال واستخداماتها يمكن الاستعانة بهما وهما :

قائمة متوقعة : وتستخدم لأغراض التخطيط المالي.

قائمة فعلية : وهي التي تستخدم لأغراض التحليل المالي والرقابة المالية.

وتظهر القائمة الفعلية التغيرات التي حدثت على عناصر الميزانية بمقارنة قائمتين للمركز المالي في سنوات مختلفة غالباً ما تكون متتالية.. حيث تنقسم كما هو واضح من اسمها إلى قسمين :

القسم الأول : مصادر الأموال : حيث تنقسم مصادر الأموال إلى عنصرين هما : النقص في الأصول. والزيادة في الخصوم وحقوق الملكية.

القسم الثاني : استخدامات الأموال : والتي تنقسم بدورها إلى عنصرين هما : الزيادة في الأصول. والنقص الخصوم وحقوق الملكية.



الفصل التاسع

تخطيط العمليات الفنية والإنتاجية للخدمات الصحية

✍ بقراءتك لهذا الفصل يمكنك الإلمام بالموضوعات التالية :

⊙ مفهوم تخطيط العمليات الفنية والإنتاجية للخدمات الصحية .

⊙ وظـائف وأنشـطة العمليـات الفنيـة والإنتاجيـة للخـدمات الصحية:

- إنشاء واختيار موقع تقديم الخدمة الصحية.
- تخطيط مزيج الخدمات الصحية .
- التنبؤ بالطلب علي الخدمات الصحية.
- تخطيط نمط التكنولوجيا المناسب للخدمة الصحية.
- تخطيط احتياجات الخدمات الصحية من المواد والآلات.
- تخطيط الطاقة الفنية والإنتاجية للخدمات الصحية.
- جدولة العمليات الفنية والإنتاجية للخدمات الصحية.

مقدمـــــــة :

تتطلب المنافسة ، وتحديات العولمة ، وتطور متطلبات العملاء ، ضرورة تخطيط العمليات الفنية والإنتاجية للخدمات الصحية بكفاءة وفعالية لتحسين جودة الخدمات الصحية بالشكل الذي يساعد على تحسين القرارات التنافسية .

وتشير الدراسات إلى أن القصور في تخطيط العمليات الفنية والإنتاجية يرجع بصفة أساسية إلى قصور الإدارة بصفة عامة ، والتي تعد أهم عنصر من عناصر التنمية والتقدم .

ونظراً لأن تخطيط العمليات الفنية والإنتاجية يعتبر أحد الفروع الأساسية لعلم الإدارة فإنها تتأثر بشكل كبير بما تعانيه الإدارة الأم من قصور وسلبيات .

إن تخطيط العمليات الفنية والإنتاجية تمثل تلك الأنشطة والجهود الفكرية التي تتم من أجل التنبؤ بحجم وشكل الخدمات الصحية المقدمة وتصميمها، وتقديمها بما يسهم في تحقيق المنافع الرئيسية التالية:

١- المنفعة الشكلية : أي تحويل العوامل الفنية والإنتاجية بالجهود الفكرية والبشرية إلى خدمات صحية تحقق إشباعاً لحاجات المرضى والعملاء.

٢- المنفعة الزمنية : وتعنى تقديم الخدمة الصحية في الوقت المناسب لاحتياجات المرضي والعملاء .

٣- المنفعة المكانية : ويقصد بها تقديم الخدمة الصحية في المكان المناسب لاحتياجات المرضي والعملاء .

٤- المنفعة الحيازية : ويقصد بها تقديم الخدمات الصحية للعميل والسعي لتعريفه بشكل مباشر وصريح بأبعاد الخدمة المقدمة والمناسبة له بما يؤهله للاستفادة منها الاستفادة المثلي .

وفى ضوء المفهوم السابق ، فإن نطاق هذه الوظيفة يتسع ليشمل كافة الجهود والأنشطة التي تتعلق بتجميع الموارد المادية منها والبشرية وتوجيهها نحو إشباع احتياجات الأفراد مع تحقيق عائد مجز يكون بمثابة مكافأة لمجهودات أصحاب تلك الموارد . ولاشك أن هذا المفهوم يستند إلى الاعتقاد بأن أي عمل يهدف إلى إشباع احتياجات الأفراد أو يضيف قيمة يعتبر عملاً منتجاً .

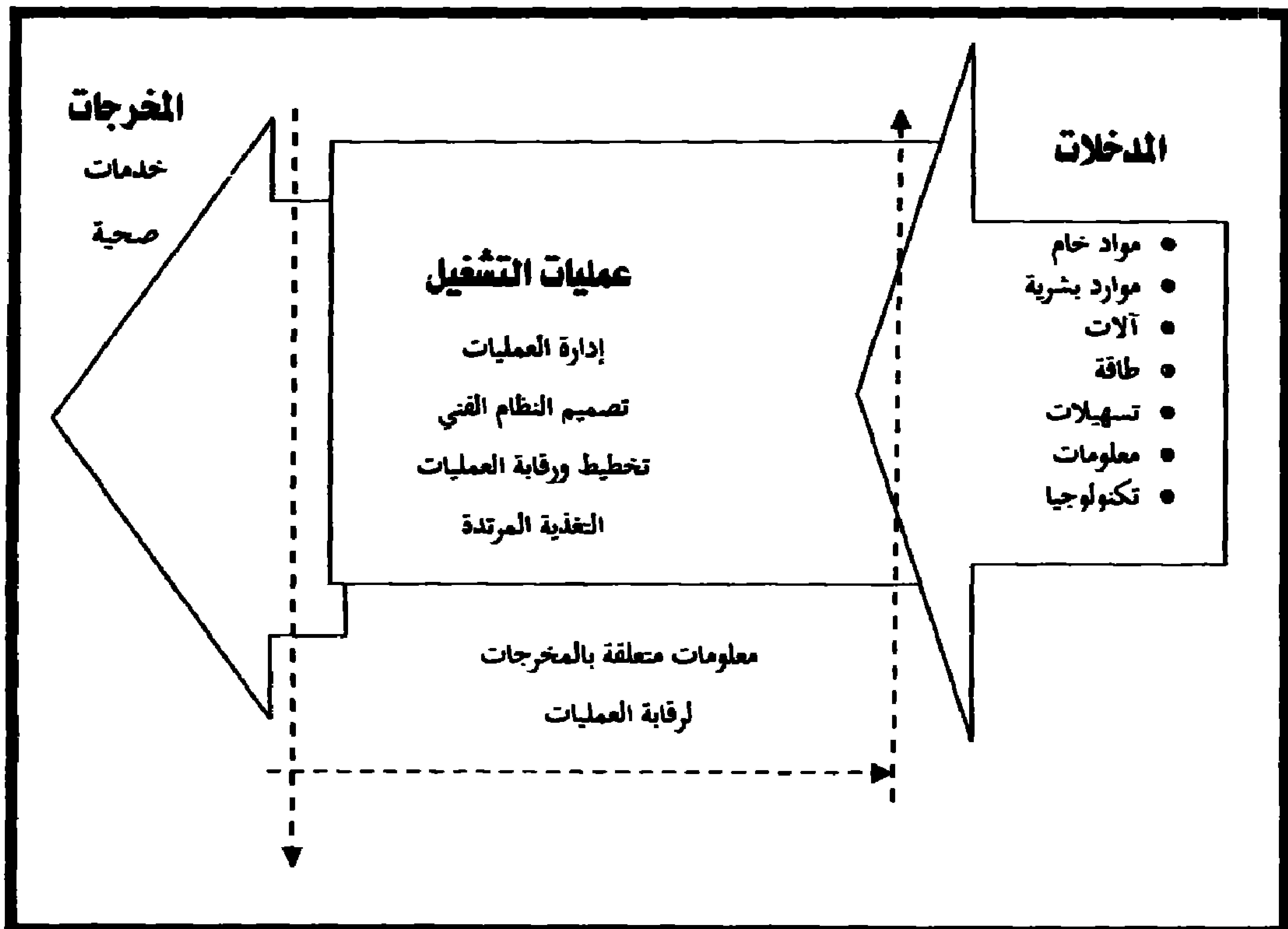
وفي ضوء ما سبق ، سنقوم في هذا الفصل بعرض الموضوعات التالية :

- **مفهوم تخطيط العمليات الفنية والإنتاجية للخدمات الصحية**
- **وظائف وأنشطة العمليات الفنية والإنتاجية للخدمات الصحية:**

  - إنشاء واختيار موقع تقديم الخدمة الصحية.
  - تخطيط مزيج الخدمات الصحية .
  - التنبؤ بالطلب علي الخدمات الصحية.
  - تخطيط نمط التكنولوجيا المناسب للخدمة الصحية.
  - تخطيط احتياجات الخدمات الصحية من المواد والآلات.
  - تخطيط الطاقة الفنية والإنتاجية للخدمات الصحية.
  - جدولة العمليات الفنية والإنتاجية للخدمات الصحية.

أولا : مفهوم تخطيط العمليات الفنية والإنتاجية للخدمات الصحية .

إن مفهوم نظام إنتاج الخدمة الصحية يشير إلي مجموعة العناصر التي يوجد بينها رابط وتهدف إلي تحقيق هدف معين ، ولذا فهو يمثل : مجموعة الوسائل والأدوات التي يتم بموجبها تحويل المدخلات من الموارد إلي مخرجات في شكل خدمات صحية والتي يوضحها الشكل رقم (٩/١) :



الشكل رقم (٩/١)

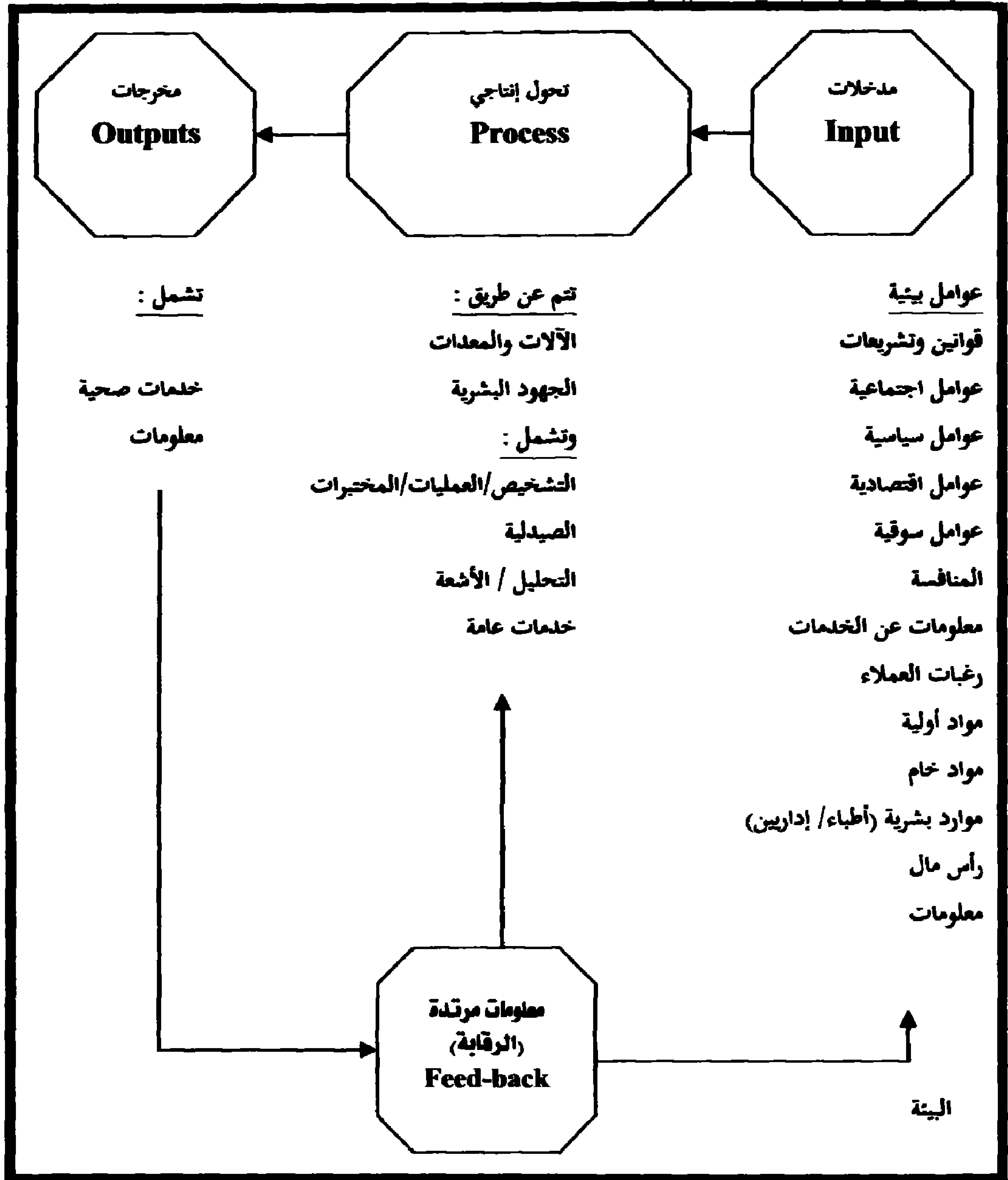
النظام الفني والإنتاجي للخدمات الصحية

فإذا كان لفظ الإنتاج يشير إلى عمليات التحول فإن لفظ العمليات يشير إلى تتابع وتكامل أنشطة وعناصر النظام بدءاً من المدخلات وانتهاء بالمخرجات مروراً بعمليات التشغيل بالإضافة إلى عنصر التغذية المرتدة اللازم لتقييم ورقابة النظام الإنتاجي وتحسين كفاءته وفعاليته . ونظراً للعلاقة الوثيقة بين نظم الإنتاج والعمليات فإنه من غير المنطقي الفصل بينهما وهو ما يندرج تحت مفهوم الإدارة بالنظم .

في ضوء ما سبق فإنه يمكن تعريف تخطيط العمليات الفنية والإنتاجية للخدمات الصحية بأنها : " كافة الأنشطة التي تتعلق بالتنبؤ بالخدمات الصحية المتوقع الطلب عليها مستقبلا ، وكيفية تقديمها للعملاء ، بما يؤدي لاستخدام الموارد المادية والبشرية المطلوبة لإنتاج تلك الخدمات بأكبر كفاءة ممكنة . وتأسيساً على هذا المفهوم فإن تخطيط العمليات الفنية والإنتاجية للخدمات الصحية يهتم بتحويل مجموعة محدودة من المدخلات (مواد خام ، عمالة، أموال ، استثمارات مختلفة) إلى مجموعة من المخرجات المرغوب فيها من جانب السوق.

ويمكن تعريف النظام الإنتاجي بأنه عبارة عن مجموعة من الأجزاء أو الأنشطة المتداخلة والتي ترتبط ببعضها البعض بعلاقات منطقية تكفل تحقيق التكامل والتناسق فيما بينها وفى أداء مهمتها الأساسية والتي تتمثل في تحويل مجموعة من المدخلات إلى مجموعة من المخرجات المرغوب فيها . فالنظام الفني والإنتاجي للخدمات الصحية يبدأ بالموارد البشرية (الأطباء والإداريين)، والمواد الخام ، ورأس المال ، والمعلومات (عناصر المدخلات) وهذه جميعها يتم تحويلها (عمليات التشغيل) إلى مجموعة من الخدمات الصحية والمعلومات (مخرجات) . كما يتم استخدام جانب المعلومات (كعنصر من عناصر المخرجات) في التأكد من أن الأداء يتم بالمستوي المطلوب ، ويعرف هذا الجزء من النظام الإنتاجي باسم المعلومات المرتدة.

والنظام الفني والإنتاجي للخدمات الصحية بطبيعته نظام مفتوح بمعني أنه يتفاعل مع البيئة المحيطة به سواء في ذلك البيئة الداخلية للمنظمة الصحية نفسها أو البيئة الخارجية ممثله في العوامل الاقتصادية والسياسية والاجتماعية بالإضافة إلى العوامل أو المؤثرات الفنية والسوقية . ويوضح الشكل رقم (٢/٩) نموذجاً لمكونات النظام الفني الإنتاجي للخدمات الصحية.



الشكل رقم (٩/٢)

عناصر النظام الفني والإنتاجي للخدمات الصحية

فقد تفرض القوانين والتشريعات الحكومية أو الظروف الاجتماعية والسياسية أو الاقتصادية قيوداً على كيفية تشغيل وإدارة النظام . كما أن دراسة هذه العوامل يفيد في التعرف على الاتجاهات الحالية والمستقبلية التي قد تؤثر تأثيراً مباشراً فى النظام الفني والإنتاجي . يضاف إلى ذلك ضرورة توفر معلومات كافية عن السوق واحتياجات العملاء والخدمات المنافسة أو البديلة وغيرها من المعلومات التي تفيد في توجيه النظام الفني الإنتاجي نحو إشباع احتياجات السوق والاستجابة لما يحدث به من تغيرات . وبالنسبة لعناصر المدخلات التي ترتبط ارتباطاً مباشراً بعملية خلق السلع أو الخدمات فإنه يشار إليها عادة باسم الموارد الأولية . وتشمل هذه الموارد الخامات، الموارد البشرية ، رأس المال ، السلع الرأسمالية ، والخدمات الأخرى مثل الوقود والكهرباء والمياه وغيرها .

أما عن الجزء الخاص بعمليات التشغيل فإنه يشير عادة إلى كافة الجهود والأنشطة التي تتولى تحويل عناصر المدخلات السابق الإشارة إليها إلى خدمات صحية قابلة للتقديم للمرضي والعملاء . وتأخذ عمليات التشغيل شكلاً أو أكثر من الأشكال التالية : التشخيص ، العمليات الجراحية ، الصيدلية ، المختبرات ، المعامل ، الخدمات المساعدة .

وفيما يتعلق بالمخرجات فإنها تحدد أساساً وفقاً للباعث على إنشاء النظام الإنتاجي وغالباً ما تأخذ شكل خدمات صحية تتناسب مع احتياجات السوق .

أهداف إدارة الإنتاج :

يبني الهدف الرئيس لتخطيط العمليات للخدمات الصحية علي هدي من الغايات والأهداف العامة لاستراتيجية المنظمة الصحية . ومن الطبيعي أن السبب وراء ذلك يرجع لأن نظام الخدمة الصحية يمثل نظاماً فرعياً من النظام الشامل للمنظمة ككل . فعادة ما يتمثل الهدف الأساسي في الربحية لمعظم المنظمات الصحية (الخاصة) ، بجانب مجموعة أخرى من الأهداف مثل البقاء والنمو والازدهار في حقل الأعمال ، والمحافظة على الموارد البشرية والعمل على استقرارها وتنميتها ، وتدعيم العلاقة مع المجتمع ، ولذلك يكون الهدف الإجمالي لتخطيط العمليات للخدمات الصحية هو تلبية احتياجات ورغبات العملاء بما يحقق أحسن إشباع ممكن ، مع تحقيق العائد المناسب للمنظمة ، وتحقيق التوازن مع باقي الأهداف. ومن الطبيعي أن إنجاز هذا الهدف الإجمالي يتطلب تحليله إلى أهداف فرعية . كما أن نجاح تخطيط العمليات الفنية والإنتاجية للخدمات الصحية في إنجاز هذه الأهداف يتطلب مقدرة ومهارة من الإدارة بما يجعلها تراعي الكفاءة والفاعلية عند أداء عمليات التشغيل .

من هذا الهدف الرئيس لتخطيط العمليات الفنية والإنتاجية للخدمات الصحية ، يمكن الوصول إلى مجموعة من الأهداف الفرعية تتمثل في الآتي :

١- توفير الخدمة الصحية بالمواصفات والخصائص التي تناسب العملاء المرتقبين للمنظمة وتطوير الخدمات بما يلائم الاحتياجات المتغيرة بصفة مستمرة .

٢- المحافظة على جودة الخدمة الصحية وتحسينها بصفة مستمرة .

٣- توفير الخدمة الصحية بالكميات المناسبة لاحتياجات العملاء .

٤- توفير الخدمة الصحية في الوقت المناسب وخفض وقت الانتظار إلى أقل حد ممكن .

٥- خفض تكلفة الخدمة الصحية إلى أقل حد ممكن مما يعطي ميزة تنافسية للمنشأة مع مراعاة الجوانب الأخرى .

ثانيا : وظائف وأنشطة العمليات الفنية والإنتاجية للخدمات الصحية:

توجد العديد من الوظائف الفنية والإنتاجية اللازمة لتخطيط الخدمات الصحية ، ومن أهم تلك الوظائف والأنشطة ما يلي :

- إنشاء واختيار موقع تقديم الخدمة الصحية.
- تخطيط مزيج الخدمات الصحية .
- التنبؤ بالطلب علي الخدمات الصحية.
- تخطيط نمط التكنولوجيا المناسب للخدمة الصحية.
- تخطيط احتياجات الخدمات الصحية من المواد والآلات.
- تخطيط الطاقة الفنية والإنتاجية للخدمات الصحية.
- جدولة العمليات الفنية والإنتاجية للخدمات الصحية.

وفيما يلي نلقي الضوء علي كل نشاط من هذه الأنشطة باختصار :

١/٢ – إنشاء واختيار موقع تقديم الخدمة الصحية

يتم اتخاذ القرار بإنشاء المنظمات الصحية لتقديم خدماتها وفقا لمجموعة متكاملة من الدراسات والبحوث ، والتي تهتم بدراسة وتحليل الفكرة ، ودراسة جدوى إنشاء المنظمة بكل أبعادها حتي إذا ما ثبت جدوى الفكرة يتم اتخاذ القرار ببحث كيفية تشغيل تلك المنظمة ، ويتم ذلك علي النحو التالي :

١ – دراسة فكرة المنظمة وإعداد دراسة الجدوى :

يجب دراسة الفكرة الاستثمارية ، والتي تمثل ميزة نسبية يجب الاستفادة منها، وتتمثل الفرصة في مجالات الاستثمار في القطاع الصحي ، والتي تشير إلي وجود طلب زائد عن العرض علي خدمات صحية معينة سواء كانت قائمة بالسوق أو مبتكرة وغير موجودة بالسوق قبل ذلك ويتطلب الأمر هنا دراسة بعض العوامل الاقتصادية ، والقانونية والتشريعية ، والاجتماعية ، والتسويقية ، والمالية ، والبيئية وتحليلها بما يسهم في بيان مدي إمكانية الدخول لسوق تلك الخدمات أم لا ، وتسمي تلك الدراسات بدراسات الجدوى .

٢ – اختيار موقع المنظمة الصحية :

يعتبر القرار الخاص باختيار موقع المنظمة الصحية التي تقدم الخدمات الصحية أحد القرارات الهامة المتعلقة بتصميم نظام العمليات الفنية والإنتاجية ، ذلك أن هذا القرار لا يتخذ من وقت لآخر كما هو الحال في القرارات الأخرى كقرار تطوير خدمة أو إضافة خط منتجات جديد . ولكن يتخذ لمرة واحدة فقط خلال عمر المنظمة . وتتمثل أهمية قرار اختيار الموقع في أن الخطأ

في تقدير هذا القرار يكلف المنظمة الكثير . كما أن هناك صعوبة في تعديل قرار اختيار الموقع إذا ما تم تجسيد المشروع في شكل منظمة ، وحتى إذا ما تم التعديل في بعض الأحيان فإنه سيكون مقترناً بتكلفة قد تفوق تكاليف الإنشاء الأولى بسبب الارتفاع المستمر في الأسعار .

ولذلك فإن قرار اختيار الموقع يعد من القرارات البالغة الأهمية نظراً لما يترتب على هذا القرار من نتائج متعددة تؤثر على كفاءة المنظمة الصحية مستقبلا ومدي تقدمها واستمرارها في العمل ، كما يترتب على هذا القرار استخدام استثمارات ضخمة تقترن بتكاليف باهظة تتمثل في تكاليف شراء الأرض وإقامة المباني وتكلفة النقل وتكاليف شراء الآلات والمعدات ، والضرائب والتأمينات ، هذا بالإضافة إلى التكاليف الأخرى غير الملموسة والتي يصعب قياسها .

ولكل هذا ينبغي دراسة الجوانب المتعلقة بقرار اختيار الموقع والاستعانة بالخبراء والمتخصصين والاستفادة من تجارب وخبرات المنظمات الصحية السابقة عند اتخاذ قرار باختيار موقع المنظمة الصحية . وعادة ما يكون هدف دراسات اختيار الموقع هو تحديد وحصر المتغيرات أو العوامل المؤثرة في عملية الاختيار ثم اختيار الأسلوب المناسب لتقييم المواقع البديلة، :

وهناك مجموعة من العوامل التي تحكم عملية اختيار الموقع المناسب لتقديم الخدمة الصحية ، وعلى الرغم من تعدد هذه العوامل واختلافها من منظمة لأخرى ، ومن وقت لآخر فإنه يمكن تصنيفها إلى عوامل جغرافية واقتصادية واجتماعية وتكنولوجية وسياسية وشخصية .

٢/ ٢ – تخطيط مزيج الخدمات الصحية .

يشير **خط خدمات** إلي : مجموعة الخدمات الصحية التي تقدمها المنظمة الصحية والتي يرتبط كل منها بالآخر. سواء من حيث وجود خصائص متشابهة بينها، أو أنها تشبع حاجات معينة أو تقدم لنفس الفئة من المرضى أو العملاء أو يتم توزيعها عن طريق نفس المنظمة الصحية.

يمثل **مزيج الخدمات** مجموعة خطوط الخدمات وما يندرج تحتها من أصناف ، أوهي كافة الخدمات الصحية التي تقدمها المنظمة في خطوط متعددة وتقدمها للسوق. ويتكون مزيج الخدمات لكل منظمة من *أربعة أبعاد رئيسة*: الاتساع – الطول – العمق – التوافق .

١ – **اتساع مزيج الخدمات** : يشير اتساع مزيج الخدمات إلى عدد خطوط الخدمات المختلفة التي تقوم المنظمة الصحية بتوفيرها وتقديمها من خلال هذه الخطوط .

مثل مستشفي الخير التي يتوفر لديها ثمانية خطوط للخدمات (خدامات صحية للأمراض الباطنة ،أمراض النساء والتوليد ، أمراض الأطفال ، أمراض العظام ،الجراحة ، جراحة الفم والأسنان، أمراض الرمد والعيون، أمراض المخ والأعصاب) .

٢ - **طول مزيج الخدمات** : ويشير إلي مجموعة الأصناف التي تتكون منها كافة الخطوط ، ويتضح ذلك من خلال عدد الخدمات المتوفرة في خطوط الخدمات كلها.

٣ - **عمق مزيج الخدمات** : ويقصد به عدد الأنواع المختلفة لكل خط خدمات ، كتقديم خدمات صحية متعلقة بجراحة الفم والأسنان خاصة بالتركيب والحشو وزراعة الأسنان بأشكال وأوضاع مختلفة.

٤ - **توافق وتناسق مزيج الخدمات** : يشير لدرجة الترابط والانسجام بين خطوط الخدمات الصحية ، كأن تقدم لنفس العملاء والمرضي أو تستخدم في تقديمها أماكن واحدة أو هناك سياسة واحدة في أسعارها .

إن معرفة هذه الأبعاد الأربعة لمزيج خطوط المنتجات من شأنها أن تساعد صانع القرار في تخطيط العمليات الفنية والإنتاجية للخدمات الصحية بالشكل المناسب . وفي ضوء ذلك يمكننا عرض بعض السياسات المرتبطة بتحديد مزيج الخدمات الصحية ، وذلك علي النحو التالي :

١ - **تصميم الخدمات الصحية** : تواجه المنظمات الصحية المعاصرة صعوبة عند قيامها بإجراء الاختبارات المبدئية لتصميم الخدمات الصحية التي تنوي القيام بتقديمها، وكذلك عند قيامها بتخطيط مخرجاتها من هذه الخدمات ، ويرجع ذلك بطبيعة الحال إلي ما تتسم به هذه الخدمات من سمات ، وخاصة أنها غير ملموسة . وبرغم ذلك فإن المنظمات تستطيع تصميم الخدمات الصحية التي تنوي انتاجها من خلال مرحلتين تتعلق الأولي بالتصميم المنطقي لهذه الخدمات عن طريق جمع البيانات والمعلومات اللازمة ومحاولة تقديم أفكار بديلة لها وإجراء تقييم لهذه الأفكار بغية اختيار أفضلها.

كما يتطلب الأمر أيضا في هذا الصدد إعداد تصميمات مالية للخدمات الصحية عن طريق تحديد المواصفات التفصيلية لها ، وكذلك تحديد الصور والرسومات الخاصة بشكلها النهائي ، هذا بينما تشمل المرحلة الثانية إعداد التصميم النهائي للخدمات الصحية المطلوب إنتاجها .

هذا من ناحية ، ومن ناحية أخري فإن تزامن وقت إنتاج الخدمات الصحية مع وقت تقديمها يوجه المسئولية بالمنظمات عن تصميم هذه الخدمات نحو التركيز علي عوامل أخري بخلاف العوامل الخاصة بتكنولوجيا الإنتاج مثل التركيز علي إشباع

رغبات واحتياجات المرضي المتبادلة ، ومراعاة درجة الشخصية ومهارة مقدمي الخدمة في التفاعل مع المرضي وذلك عند تقييم الخدمات الصحية.

٢ – **تطوير الخدمات الصحية** : توجد العديد من العوامل والدوافع التي تفرض علي المنظمات الصحية المعاصرة ضرورة تعديل وتطوير الخدمات الصحية التي تقوم بإنتاجها ، ولعل من أهم هذه العوامل ما تفرضه دورة حياة هذه الخدمات وخاصة خلال مراحل النضوج والتشبع والتدهور ، حيث تحتاج المنظمات الصحية عندئذ إلي تطوير خدماتها الحالية وإضافة خدمات جديدة.

هذا كما يفرض التغيير والتنوع في حالات المرضي ، وشدة المنافسة في الأسواق ضرورة تطوير الخدمات الصحية .

٣ – **تبسيط الخدمات الصحية** : يقصد بتبسيط الخدمات الصحية تخفيض عدد وأنواع وأشكال الخدمات الصحية المقدمة ، ويعد التبسيط درجة من درجات التخصص في الإنتاج.

وتحقق المنظمات الصحية التي تتبع سياسة التبسيط في تقديم الخدمات الصحية العديد من الفوائد والمزايا منها استفادة تلك المنظمات من الطاقة المتاحة لديها أكبر استفادة ممكنة واستخدام الجهود البشرية والمادية أفضل استخدام ممكن نظرا للتركيز علي عدد محدود من الخدمات، بالإضافة إلي سهولة إجراء الرقابة علي عمليات تقديم الخدمات للعملاء ، وانخفاض تكلفتها ، فضلا عن زيادة الكفاءة الإنتاجية للمنظمة نتيجة انتهاج التخصص .

٤ – **تنميط الخدمات الصحية** : تعني سياسة التنميط تقديم وحدات ذات نوع وطراز وجودة معينة ومواصفات تم تحديدها ، حيث يتم تصميم الخدمة وفق معايير موحدة ، والتنميط بذلك يحد من تكلفة الإنتاج ، ويخفض من تكلفة المخزون من الخامات والمواد الأولية اللازمة لتقديم الخدمة الصحية ، كما يساعد التنميط في الاستخدام الأمثل للطاقة المتاحة، ويؤدي إلي سهولة وفعالية عمليات الرقابة علي جودة الخدمة المقدمة.

إلا أنه يترتب علي خاصية تزامن وقت إنتاج الخدمة مع وقت تقديمها صعوبة تنميط الخدمات عند تصميمها ، ويرجع ذلك بطبيعة الحال إلي وجود الاختلافات الشخصية الكبيرة بين المرضي والتي ينبغي التركيز عليها بصفة أساسية ، كما يمكن إرجاعه أيضا إلي هيئة الأطباء والمساعدين الذين يقدمون الخدمة فلا تضمن قيامهم بتقديم الخدمة بنفس الطريقة كل مرة.

٥ – **تنويع الخدمات الصحية** : وتشير إلي إضافة خدمة أو خدمات صحية جديدة إلي مزيج الخدمات الذي تقدمة المنظمة الصحية ، ومن ثم فهي عكس سياسة التبسيط التي تشير إلي حذف

خدمة صحية ، كذلك تشير إلي إضافة شكل أو أشكال جديدة سعيا لاستغلال الموارد المتاحة لإنتاج عدد أكبر من الخدمات الصحية.

وتحقق المنظمات الصحية التي تتبع سياسة التنويع في الخدمات الصحية العديد من الفوائد والمزايا من بينها زيادة حجم المقدم من الخدمات لزيادة الطلب عليها والاستفادة من الطاقة العاطلة لديها ، وتوزيع المخاطر وغيرها من مزايا التنويع .

٦ – **التخصص في إنتاج الخدمات الصحية** : يقصد بسياسة التخصص في إنتاج الخدمات الصحية أن تتخصص المنظمة الصحية في تقديم نوع واحد أو عدد محدود من أنواع الخدمات الصحية ، حيث تتخصص احدي المنظمات الصحية في أمراض الباطنة والقلب مثلا ، أو أمراض النساء والتوليد ، أو أمراض العظام .

وتحقق المنظمات التي تتبع هذه السياسة العديد من الفوائد والمزايا من بينها زيادة الخدمات المقدمة ، الإبداع والتجديد في تقديمها نتيجة التخصص ، خفض التكاليف فضلا عن المساهمة في تحقيق مستوي عال من الجودة .

٣/٢ –التنبؤ بالطلب علي الخدمات الصحية :

التنبؤ بالطلب مطلب أساسي ومهم للمنظمة على كافة مستويات اتخاذ القرار ، فالمنظمة في حاجة إلى تقديرات للطلب على الخدمات الصحية التي تقدمها سواء كانت تقديرات قصيرة الأجل أو متوسطة أو طويلة الأجل ، فعلى سبيل المثال تقديرات الطلب قصيرة الأجل تساعد المنظمة في خطط الشراء والاستفادة من معدلات الخصم الممنوحة كما تساعد في وضع جداول الإنتاج ، والتقديرات متوسطة الأجل تفيد في تقدير الاحتياجات من القوى العاملة كما تساعد في تخطيط الطاقة والتقديرات طويلة الأجل تفيد في قرارات التوسع وشراء الآلات الرأسمالية .

أهمية التنبؤ بالطلب :

يمكن القول أن التنبؤ بالطلب يفيد المنظمة في المجالات التالية :

(١) التأكد من أن الطلب المتوقع يكفى لتحقيق العائد المرغوب للمنظمة .

(٢) تخطيط المساحة اللازمة للمنظمة الصحية لتقديم الخدمات الصحية المطلوبة من قبل المرضي والعملاء وكامل التسهيلات الميسرة لأداء تلك الخدمات بكفاءة وفعالية .

(٣) تخطيط احتياجات الطاقة طويلة الأجل وذلك مثل تخطيط التوسعات في المباني والآلات .

(٤) التعرف على درجة التذبذب في الطلب لكي نضع خطة قادرة على مواجهة هذا التذبذب .

(٥) التخطيط المالي وإعداد الموازنة المالية حيث تعتبر تنبؤات الطلب هي الأساس تصميم الموازنة المالية للمنظمة .

وتتطلب عملية التنبؤ – بشكل عام – إتباع المراحل أو الخطوات التالية :

أ- تحديد الهدف من التنبؤ ودرجة التفصيل المطلوبة فيه حتى يمكن تحديد طبيعة وقدر الموارد اللازمة للتنبؤ من أفراد وأموال وأماكن وتجهيزات. .

ب-تحديد المدى الزمني للتنبؤ مع الأخذ في الاعتبار أن الدقة في التنبؤ تقل كلما زادت أو طالت المدة الزمنية المطلوب التنبؤ على مداها .

ج- اختيار طريقة التنبؤ المناسبة .

د- جمع وتصنيف وتحليل البيانات والمعلومات .

هـ- وضع المحددات أو القيود الخاصة بالطلب حالياً ومستقبلا .

و- تقييم عملية التنبؤ لتحديد مدى صحتها .

ماهية الطلب المتوقع والعوامل المؤثرة عليه :

يتمثل الطلب المتوقع في عدد الخدمات الصحية التي من المتوقع أن تطلب خلال فترة زمنية محددة ، وبسعر معين ، وتحت ظروف بيئية تخص هذه الفترة .

ويتأثر الطلب المتوقع بعدد من العوامل يمكن إيجازها فيما يلي :

(١) عدد أو حجم السكان وتقسيماتهم كعملاء مرتقبين بالسوق المستهدف .

(٢) مستوى الدخل المتاح للتصرف .

(٣) القوانين التي تصدرها الدولة .

(٤) درجة الميل للاستهلاك أو الادخار .

(٥) الحالة التي تشهدها الدولة سواء كانت رواج أو كساد .

(٦) درجة انتشار الأوبئة والأمراض في البيئة المحيطة.

(٧) درجة الوعي الصحي لدي الأفراد .

(٨) قيم ومعتقدات واتجاهاتهم وسلوك الأفراد كعملاء مرتقبين .

(٩) الأسعار السائدة للخدمات الصحية في المنطقة ودرجة مرونتها السعرية .

(١٠) تأثير مستوى جودة الخدمة الصحية على سعرها وزيادة الطلب عليها .

(١١) درجة المنافسة التي تشهدها الخدمة الصحية في السوق وأسعار الخدمات الصحية المماثلة والبديلة .

(١٢) حجم المخصصات المالية للخطة الترويجية والإعلانية للخدمات الصحية.

(١٣) الاعتبارات الموسمية أي ارتفاع وانخفاض الطلب في فصول ومواسم معينة على الخدمة الصحية .

العوامل المؤثرة في اختيار أسلوب التنبؤ :

تتوقف عملية اختيار الطريقة التي يتم بها التنبؤ على عدة عوامل عديدة ، أهمها :

١- مدى توافر البيانات التاريخية عن الطلب ، ففي حالة توافر تلك البيانات يمكن الاعتماد على الأساليب الكمية ، أما في حالة عدم توافرها فإن الأساليب الوصفية تكون هي الأكثر ملاءمة .
٢- مقدار الوقت والأموال المتاحة ، فكلما قلت الموارد المتاحة في شكل الأموال أو الوقت كلما كان ذلك مدعاة لاستخدام أساليب أقل تقدماً .
٣- درجة الدقة المطلوبة ، فإذا كان من الضروري أن تكون الأرقام المقدرة للطلب على درجة عالية من الدقة فإن الأساليب الأكثر تقدما تكون هي المطلوبة ، وبصفة عامة يمكن القول أن التنبؤ طويل الأجل لا يستلزم درجات عالية من الدقة فالمطلوب أرقام تعطى مؤشرات للتخطيط العام ، أما التنبؤ في الأجل القصير فيستلزم درجة عالية من الدقة لأنه يترتب على ذلك جداول عمل وتشغيل ألآت وغيرها .

٢/ ٤ - تخطيط نمط التكنولوجيا المناسب للخدمات الصحية :

يتوقف نجاح أي منظمة على مدى قدرتها على مواكبة التغييرات المستمرة في البيئة التي تعمل فيها وخصوصاً التغييرات التكنولوجية والتي تتضمن استعمال الطرق الحديثة في عملياتها الفنية من اجل زيادة الإنتاجية أو تحسين نوعية الخدمات المقدمة. مما أوجب الاهتمام بالتكنولوجيا التي أصبحت مطلباً أساسيا للنهوض في ظل التغييرات المتسارعة في بيئة العمل .

إن الشيء الوحيد الذي نعتمد عليه في المستقبل هو التغيير المستمر للتكنولوجيا ، فقد أدى النمو في جميع المجالات إلى التغيير في نواح عديدة من الحياة حيث أدى عهد المعلومات إلى استخدام الكومبيوتر كمساعد في مجال التصنيع كما أدى إلى تطوير أنظمة ووسائل أخرى متعددة جديدة وبهذا وضعت التكنولوجيا الجديدة متطلبات حديثه على المنظمات من حيث توفير الأيدي العاملة التي تمتلك الخبرة وتوفير الموارد الأولية الضرورية .

فالمتوقع في عالم الأعمال اليوم خروج أي منظمة لا تتطور أو تكتسب أو تتكيف مع التكنولوجيا الجديدة بشكل مستمر فعالمنا الحاضر يتميز بدرجه عالية من التطور العلمي والتفوق التكنولوجي في كافة المجالات إلى حد باتت معه القدرة على إبداع المعرفة العلمية والتكنولوجيا أحد المقومات الأساسية للنمو الاقتصادي وكل ذلك شجع المنظمات على الابتكار وتطبيق التكنولوجيا الحديثة للتكيف مع البيئة والإنتاج بكفاءة عالية وتقديم منتجات جديدة .

والمفهوم الشائع لمصطلح التكنولوجيا هو استعمال الكمبيوتر والأجهزة الحديثة، وهذه النظرة محدودة الرؤية ، فالكمبيوتر نتيجة من نتائج التكنولوجيا ، بينما التكنولوجيا يقصد بها طريقة للتفكير وحل المشكلات ، وهي أسلوب التفكير الذي يوصل الفرد إلى النتائج المرجوة أي أنها وسيلة وليست نتيجة ، وأنها طريقة التفكير في استخدام المعارف والمعلومات والمهارات بهدف الوصول إلى نتائج لإشباع حاجة الإنسان وزيادة قدراته ، لذا فإن التكنولوجيا تعني الاستخدام الأمثل للمعرفة العلمية وتطبيقاتها وتطويعها لخدمة الإنسان ورفاهيته.

كما تعرف التكنولوجيا بأنها " العلم الذي يعنى بعملية التطبيق المنهجي للبحوث والنظريات وتوظيف عناصر بشرية وغير بشرية في مجال معين ، لمعالجة مشكلاته ، وتصميم الحلول العلمية المناسبة لها ، وتطويرها ، واستخدامها وإدارتها وتقويمها لتحقيق أهداف محددة " .

ويرى البعض أنها العلاقة بين الإنسان والمواد والأدوات كعناصر للتكنولوجيا وأن التطبيق التكنولوجي يبدأ لحظة تفاعل هذه العناصر معًا ، كما تعرف التكنولوجيا على أنها جهد وفكر إنساني ، وتطبيق المعلومات والمهارات لحل مشكلات الإنسان ، وتوفير احتياجاته وزيادة قدراته.

ويمكن النظر إلى التكنولوجيا على إنها التطبيق المنظم للمعرفة ، والعلوم الأخرى المنظمة ، في مجال معين أو التطبيق العلمي التي تتعلق بالعلوم الطبيعية بهدف الحصول على نتائج علمية محددة ، بمعني أنها الجانب التطبيقي للمعرفة والنظريات العلمية لتحقيق أهداف محددة .

إن التكنولوجيا فكر وأداء وحلول للمشكلات قبل أن تكون مجرد اقتناء معدات ، فالتكنولوجيا ليست مجرد علم أو تطبيق العلم أو مجرد أجهزة ، بل هي أعم وأشمل من ذلك بكثير فهي نشاط إنساني يشمل الجانب العلمي والجانب التطبيقي. ومن ناحية أخرى تعرف التكنولوجيا الصناعية بأنها فن استبدال العامل البشرى بالآلية ، فالتكنولوجيا تعني آلات وماكينات جديدة (آلات ، معدات ، كومبيوترات .....) وينبغي على المنظمة مواكبة التكنولوجيا وإدخال كل التقنيات الجديدة في الإنتاج والعمليات .

ويمكن القول أنها حق المعرفة لكل ما هو محل بيع وشراء من عناصر مثل: براءات الاختراع ، العلامات التجارية ، النماذج الصناعية ، الآلات ، الدراية العلمية والمعلومات الفنية والتي تهدف إلى:

١ . خفض نفقة إنتاج السلع والخدمات .

٢ . إنتاج سلعة أو خدمة جديدة.

٣. تحسين طريقة العمل باستخدام وسائل أسرع أو أساليب أحسن.

٤. رفع جودة الإنتاج.

إن التغييرات في العملية التكنولوجية، المواد التكنولوجية ، الإنتاج ، الخدمة التكنولوجية ، أنظمة المعلومات وأنظمة الإدارة لأي عملية تؤثر بشكل كبير على السياسة التي تتحكم بالعمل والمهارات المطلوبة لأدائه كما تؤثر في متطلبات إعادة التدريب في المنظمة ، فالتكنولوجيا هي الموجه الأساسي لمحيط العمل.

والجدير بالذكر أنه إذا كانت تكنولوجيا إحدى المنظمات متقدمة على منافسيها فإن ذلك يعني أنها قد منحت فرصة استثمار هذا التقدم ، وعلى العكس من ذلك تواجه المنظمات ذات التكنولوجيا القديمة تهديدات وضغوط عديدة تؤثر في موقعها في السوق ، وبناءاً على ذلك يظهر بوضوح ضرورة الاهتمام بالتغيير التكنولوجي إذ أصبح الاستغلال الكفء والفعال لأساليب التكنولوجيا الحديثة ضروري لبقاء المنظمة واستمرارها .

وهنا ينبغي أن نفرق بين العلم والتكنولوجيا ، فالتكنولوجيا هي معرفة الوسيلة في حين أن العلم هو معرفة العلة أي أن العلم هو معرفة الإجابة على " لماذا "، في حين أن التكنولوجيا هي معرفة الإجابة على " كيف ".

فالعلم يأتي بالنظريات والقوانين العامة ، والتكنولوجيا تحولها إلى أساليب وتطبيقات خاصة في مختلف النشاطات الاقتصادية والاجتماعية ، والعلم يقوم على البحوث المبتكرة ، أما التكنولوجيا فتحول خلاصتها إلى ابتكارات عملية في ميادين الحياة المختلفة.

الأسباب الداعية للتغيير التكنولوجي في مجال الخدمات الصحية

هناك العديد من الأسباب التي تدعو المنظمات الصحية إلى ضرورة التغيير التكنولوجي نذكر منها على سبيل المثال الأسباب التالية :

(١) زيادة الطاقة المقررة لمقابلة الطلب علي الخدمات الصحية .
(٢) الحاجة لخفض التكاليف المتزايدة المتعلقة بالخدمة الصحية .
(٣) تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة .
(٤) تحقيق ميزة تنافسية للخدمة الصحية .
(٥) تحقيق المرونة في أداء الخدمات الصحية بما يشبع احتياجات ومتطلبات المرضي والعملاء.

٢/٥ – تخطيط احتياجات الخدمات الصحية من المواد والآلات:

يتضمن تخطيط العمليات الفنية والإنتاجية للخدمات الصحية تحديد الاحتياجات من المواد سواء كانت أدوية أو أغذية ، وذلك باعتبارها من أهم المقومات الإنتاجية حيث أنه بدون توفير هذه المواد لن تكون هناك عمليات تشغيل ، كما يتطلب أيضا مراقبة حركة تدفقات المواد والآلات والخامات للحفاظ عليها من أية مخاطر ، ولضمان اقتصادية عمليات استخدامها.

ولقد ظهرت مفاهيم جديدة تستهدف توفير وتدبير كافة احتياجات المنظمة الصحية من المواد والخدمات المختلفة منها مفهوم إدارة المواد والإمداد.

ويمكن تعريف إدارة المواد والإمداد بأنها الوظيفة المسئولة عن توفير أو تدبير احتياجات المنظمة الصحية من المواد ، والإمدادات والأجزاء والتجهيزات المختلفة التي تكون المنظمة في حاجة إليها وفق سياسات محددة وواضحة بما يخدم النشاطات الأخرى في المنظمة للوصول إلى الأهداف المرسومة لها.

وبشكل جامع يمكن وصف وظيفة تخطيط المواد والإمداد في شكل موجز بأنها : الوظيفة المسئولة عن تخطيط ومراقبة تنفيذ مختلف الأنشطة المتعلقة بدورة المواد من الوقت الذي تطلب فيه إلى الوقت الذي تسلم فيه إلى جهات الطلب أو الاستخدام ، وذلك في ضوء العلاقات التنظيمية التي تربط الجهاز المسئول عن هذه الوظيفة بغيره من أجهزة المنظمة الصحية.

وهنا أيضاً تجب الإشارة إلى أن كلمة **المواد** لا تعني فقط المواد الخام ، بل تشملها وتشمل معها المواد تحت التشغيل ومواد الصيانة والإصلاح، والإمدادات والمهمات والمواد تامة الصنع ، وغيرها من المستلزمات التي تستخدم بشكل مباشر في تقديم الخدمات الصحية للمرضي.

ورغم أهمية وظيفة المواد والإمداد بصفة عامة ، إلا أن هذه الأهمية تختلف من منظمة صحية لآخري ، تبعاً للاختلافات بين المنظمات ، فهناك منظمات صحية صغيرة الحجم وأخرى كبيرة ، وأيضاً تبعاً لطبيعة النشاط الذي تمارسه المنظمة ، فهناك المنظمات العامة الضخمة مثل المستشفيات الحكومية والجامعية والمركزية ، ... إلخ ، وهناك المنظمات الصحية الخاصة والتي تتباين في حجمها وتخصصها .. إلخ. وهذا يعني أن أهمية وظيفة المواد والإمداد مرتبطة بنوع ونشاط كل منظمة صحية ، ولا يعني ذلك أنها مهمة لمنظمة دون أخري.

ويمكن إجمال النقاط التي تعبر عن أهمية وظيفة تخطيط احتياجات الخدمات الصحية من المواد والإمداد في النقاط التالية :

١- كبر حجم المنظمات وتوسع نشاطها.
٢- الميل للتخصص استجابة للظروف والمستجدات في الوقت الحاضر.
٣- ارتفاع تكاليف المواد والآلات والخامات والمستلزمات في المنظمات الصحية في الوقت المعاصر .
٤- ظهور بعض المواد والأجهزة التي أفرزتها التكنولوجيا والتي بحاجة إلى متخصصين وفنيين على مستوى عال من الخبرة والكفاءة في مجال الشراء للتعامل معها.
٥- الاهتمام المتزايد من قبل المنظمات الصحية بتقديم الخدمات الصحية بأفضل مما يتوقع المرضى والعملاء .

٢/ ٦ – تخطيط الطاقة الفنية والإنتاجية للخدمات الصحية :

يعد قرار تخطيط الطاقة الفنية والإنتاجية للخدمات الصحية من بين القرارات الإستراتيجية التي يتخذها المسئولين بالمنظمات الصحية خاصة في بداية إنشاء المنظمة ، إذ تظهر الحاجة إلي اتخاذ هذا القرار عند إنشاء المنظمة الصحية لأول مرة أو عند إضافة خدمات صحية جديدة إلي الخدمات الحالية ، وأيضا عند إدخال خط خدمات جديد ، وبالتالي فإنه في كل حالة من الحالات السابقة تظهر الحاجة إلي تحديد الطاقة المتاحة .

يقصد بالطاقة الفنية والإنتاجية للخدمات الصحية : قدرة المنظمة الصحية علي تحقيق قدر معين من المخرجات مع مراعاة السياسات الإدارية والفنية والمالية والتسويقية لهذه المنظمة .

ورغم اختلاف التعبيرات المستخدمة للتعريف بالطاقة الفنية والإنتاجية للخدمات الصحية ، إلا أنه يمكن النظر إلي مصطلح الطاقة الإنتاجية باعتباره يشير إلي كمية أو عدد المخرجات الناتجة عن عملية أو أكثر ، وذلك خلال فترة زمنية معينة ، كما أنه يمكن قيس هذه الطاقة من خلال مقاييس متعددة تختلف حسب طبيعة النشاط الفني بالمنظمة والغرض من هذا القياس ، كما تختلف أيضا باختلاف نوع الخدمة الصحية المقدمة .

وكمثال لذلك فإنه يمكن قياس الطاقة الإنتاجية لإحدى المنظمات الصحية بعدد المرضي أو نزلاء المستشفي ، أو عدد الأسرة المتاحة استقبال المرضي خلال فترة زمنية محددة يوم أو أسبوع أو شهر أو سنة .

ويقع علي عاتق القائمين علي إدارة المنظمة الصحية ضرورة الاهتمام بتخطيط الطاقة الإنتاجية لهذه المنظمات ، وذلك لما له من أهمية كبيرة ، حيث يحقق هذا التخطيط نوع من التوازن بين كل من العرض والطلب علي خدمات هذه المنظمات ، الأمر الذي يؤدي إلي الوفاء باحتياجات ورغبات المرضي من الخدمات الصحية المرغوبة بالكمية المناسبة ، وبالجودة المناسبة ، وبالأسعار المناسبة ، وفي التوقيتات المناسبة بما يسهم في الاستفادة من الفرص المتاحة أمام المنظمة الصحية .

إن تخطيط الطاقة الفنية والإنتاجية للخدمات الصحية يفيد في العديد من النقاط ، من أهمها :

- تدعيم القرارات التنافسية للمنظمة من خلال توفير الخدمات الصحية للمرضي بالأسعار المناسبة والجودة المناسبة .
- تأثير الطاقة الفنية والإنتاجية علي تكاليف التشغيل وحجم الإنفاق الاستثماري .
- تحقيق التوازن بين بين الطاقة الفنية والإنتاجية الحالية والتغيرات التي يمكن أن تحدث في حجم الطلب أثناء إعداد خطة الخدمات الصحية ، إذ قد يتطلب الأمر التشغيل وقت إضافي ، أو التعاقد من الباطن لدي الغير ، أو زيادة عدد الورديات أو غيرها من البدائل .

٢/ ٧ – جدولة العمليات الفنية والإنتاجية للخدمات الصحية :

تهتم المنظمات الصحية بتحديد العمليات المطلوبة لأداء الخدمات الصحية بأفضل كفاءة ممكنة ، وهذا بدوره يتطلب جدولة تلك العمليات والأنشطة ، أي تحديد مواعيد البدء والانتهاء من كل عملية مطلوب القيام بها ، توزيع الأعمال علي مراكز العمل بالمنظمة الصحية .

وفي ضوء ذلك يمكننا القول أن الجدولة يقصد بها متي وأين يتم أداء كل عملية من العمليات اللازمة لأداء الخدمة الصحية ، مع تخصيص الموارد المتاحة علي مراكز العمل المختلفة .

إن الجدولة تمثل عملية التخطيط الفني والإنتاجي للعمليات قصيرة الأجل ، فقد تكون لأيام أو لأسابيع وهي تتعلق بتخصيص الموارد المتاحة من آلات ومعدات وموارد بشرية وأماكن

تشغيل للخدمات الصحية المطلوبة ، إضافة إلي تحديد توقيتات وأزمنة بداية ونهاية كل مهمة أو نشاط معين بما يسهم في تحقيق الخطة .

وتعتبر عمليات الجدولة من العمليات المهمة بالنسبة للمنظمات الصحية علي اختلاف أنواعها وأحجامها ، ومهما اختلفت طبيعة نشاطها ، حيث أن عدم كفاءة وفعالية هذه العليات يؤدي إلي سوء استخدام الموارد المتاحة بهذه المنظمات من مواد وآلات ومعدات وموارد بشرية (أطباء / إداريين / فنيين/ تمريض) ، مما يترتب عليه وجود الكثير من الأعطال في كل هذه الموارد ، الأمر الذي يساعد علي ارتفاع التكاليف وانخفاض ربحية المنظمات الصحية وإضعاف مركزها التنافسي في الأسواق .

كما يترتب أيضا علي عدم كفاءة عمليات الجدولة بالمنظمات الصحية اضطرارها إلي الانتهاء من العمليات المهمة في المواعيد المحددة لها من خلال التركيز علي زيادة الموارد المستخدمة ، الأمر الذي يؤدي إلي زيادة تكاليف التشغيل بالمنظمة ، كما قد تضطر علي تأخير تتابع عمليات تقديم الخدمات الصحية مما يسهم في عدم الوفاء باحتياجات ورغبات المرضي في المواعيد المناسبة لهم ، مما يترتب عليه عدم رضائهم الأمر الذي يؤثر سلبيا علي سمعتها ويجعلها تفقد بعض عملائها .

ويتمثل الهدف الأساسي لجدولة العمليات في تحقيق كل من الكفاءة والفعالية في استغلال الطاقة المتاحة بالمنظمة الصحية . مع ضمان تحقيق أفضل مستوي لخدمة المرضي ، ويترتب علي ذلك تخفيض التكاليف وإقامة العلاقات الطيبة بين المنظمة الصحية وعملائها من خلال التزامها بالوفاء باحتياجاتهم في المواعيد المتفق عليها ، ويسهم ذلك بدوره في نهاية المطاف تحسين ربحية المنظمة وتدعيم مركزها التنافسي .



الباب الرابع

التخطيط الاستراتيجي والمقارن في مجال الخدمة الصحية

الفصل العاشر

التخطيط الاستراتيجي : المفهوم والأبعاد والمراحل الجوهرية

الفصل الحادي عشر

الخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة بالمملكة العربية السعودية (١٤٣١ - ١٤٤٠هـ)

الفصل الثاني عشر

التخطيط المقارن في مجال الخدمات الصحية



الفصل العاشر

التخطيط الإستراتيجي للخدمات الصحية

✍ بقراءتك لهذا الفصل يمكنك الإلمام بالموضوعات التالية :

- مفهوم وخصائص التخطيط الاستراتيجي .
- التخطيط الاستراتيجي والمفاهيم الإدارية الأخرى.
- فوائد التخطيط الاستراتيجي ومعوقاته .
- مراحل التخطيط الاستراتيجي الصحي.
- أساليب إعداد الخطط الاستراتيجية.
- ملحق الفصل .

مقدمـــة :

يختلف التخطيط الاستراتيجي للخدمات الصحية اختلافا كبيراً عن التخطيط العادي، فالتخطيط العادي يبدأ بالحاضر ويحلل التغيرات المتوقعة إذا ما استمرت الاتجاهات الحالية، ولكن التخطيط الاستراتيجي لا تحده الاتجاهات الحالية يبدأ بقفزة إلى المستقبل، وقد لا تكون ذات علاقة قريبة بالاتجاهات الحالية للمؤسسة بل تعكس التغيرات المتوقعة في البيئة.

التخطيط الاستراتيجي للخدمات الصحية هو دراسة الواقع الصحي بكل أبعاده ومظاهره، من قوة وضعف وتحديات وفرص، ورسم رؤى وأهداف مستقبلية بناءً على ذلك، ثم وضع برامج عملية تساعد على الانتقال إلى المستقبل المنشود.

كما يعرف التخطيط الاستراتيجي على أنه عملية متواصلة ونظامية يقوم فيها الأعضاء من القادة في المنظمة الصحية باتخاذ القرارات المتعلقة بمستقبل تلك المنظمة وتطورها بالإضافة إلى الإجراءات والعمليات المطلوبة لتحقيق ذلك المستقبل المنشود وتحديد الكيفية التي يتم بها قياس مستوى النجاح في تحقيقه.

كما يعرف بأنه عملية اختيار أهداف المنظمة وتحديد السياسات والاستراتيجيات اللازمة لتحقيق الأهداف وتحديد الأساليب الضرورية لضمان تنفيذ السياسات والاستراتيجية الموضوعة ويمثل العملية طويلة المدى التي يتم إعدادها بصورة رسمية لتحقيق أهداف المنظمة الصحية.

ويسعي التخطيط الاستراتيجي للإجابة عن التساؤلات التالية :

١. إلي أين نريد أن نصل ؟
٢. ما هي النقطة أو المنطقة أو البيئة أو المرحلة التي نحن فيه الآن ؟
٣. كيف نصل إلى ما نريد؟

ويهتم التخطيط الاستراتيجي بالشئون العامة للمنظمة الصحية ككل، ويبدأ من قبل المستوى الإداري الأعلى وبمشاركة جميع مستويات الإدارة في المنظمة.

وتتمثل أهم غايات التخطيط الاستراتيجي في:

١. إيجاد خطة عامة طويلة المدى تبين المهام والمسؤوليات للمنظمة الصحية ككل.
٢. إيجاد مشاركة متعددة المستويات في العمليات التخطيطية.
٣. تطوير المنظمة الصحية حيث تتناسق خطط الوحدات الفرعية مع بعضها البعض.

وفي ضوء ما سبق يشير التخطيط الاستراتيجي إلى العملية التي يهتم فيها قادة قطاع الصحي بتصور المستقبل الأمثل لهذا القطاع ويسعون إلي توصيل ذلك المفهوم إلى كافة العاملين والمتعاملين ليعملوا بشكل متكامل على تحقيق وترجمة ذلك إلى رؤية واضحة وتنفيذها في الواقع من خلال مجموعة من الأهداف والغايات التي يتم تحقيقها من خلال برامج وسياسات وإجراءات محددة تؤدي في النهاية إلى تحقيق رؤية القطاع الصحي .

في ضوء ما سبق سنقوم في هذا الفصل بتناول الموضوعات التالية :

- مفهوم وخصائص التخطيط الاستراتيجي .
- التخطيط الاستراتيجي والمفاهيم الإدارية الأخرى
- فوائد التخطيط الاستراتيجي ومعوقاته.
- مراحل التخطيط الاستراتيجي الصحي
- أساليب إعداد الخطط الاستراتيجية

أولا: مفهوم وخصائص التخطيط الاستراتيجي :

تعددت آراء الكتاب حول تعريف التخطيط الاستراتيجي ، ولم يتوصلوا إلى تعريف جامع مانع له ، فقد عرفه Michael بأنه " عبارة عن التبصر بالشكل المثالي للمنشأة في المستقبل وتحقيق هذا الشكل ، كما عرفه Higgins بأنه " توقع حال المستقبل والاستعداد لمواجهة متغيرات هذا المستقبل .

أما أستاذنا الدكتور أحمد سيد مصطفى فعرفه بأنه " عملية مستمرة لتصميم وتطوير خطط تشمل وظائف المنشأة ، ويقوم على نظام للمعلومات ووضع القرارات الاستراتيجية على ضوء تقييم مستمر للمتغيرات البيئية المحلية والإقليمية والعالمية وكذا المتغيرات في البيئة الداخلية للمنشأة .

كما عرفه باحث آخر بأنه " أول جزء من الإدارة الاستراتيجية وهو يتعلق بتحديد اتجاه المنشأة في المستقبل الذي ينطوي بدوره على تحديد كل من رسالة المنشأة وأهدافها بناء على تحليل للوضع الحالي والمستقبلي لكل من البيئة المحيطة والقدرات الذاتية ، بعدها تتم ترجمة تلك الأهداف إلى برامج وخطط على مستويات الاستراتيجية (برامج وخطط طويلة الأجل على مستوى المنشأة ككل وعلى المستويات الوظيفية)(برامج وخطط متوسطة الأجل على مستوى كل وظيفة من وظائف الإنتاج والتسويق و الأفراد والتمويل وعلى المستويات التشغيلية) برامج وخطط قصيرة الأجل على مستوى التشغيل اليومي).

ومن خلال التعريفات السابقة يمكننا تعريف التخطيط الاستراتيجي على أنه : **الجهود الفكرية المنظمة لدراسة وتحليل المستقبل والحاضر والماضي ، مع تصور للوضع المثالي الذي يجب أن تكون عليه المنشأة في المستقبل البعيد ورسم سيناريوهات مختلفة لهذا المستقبل ثم التخطيط للاستفادة من الفرص المتاحة ونواحي القوة الذاتية ، وتجنب أو تقليل مخاطر هذا المستقبل وتهديداته ونواحي الضعف الداخلية .**

والتخطيط الاستراتيجي بذلك هو جوهر الإدارة الاستراتيجية ، ويشير إليه البعض على أنه عملية صياغة ورسم **رسالة المنظمة** في ضوء **رؤيتها الجوهرية** ، وبناء **غايتها وأهدافها المستقبلية** ، وإعدادها لعمليات **التحليل البيئي الخارجي والداخلي** بما يمكنها من الوقوف على الفرص والتهديدات المحيطة ، كذلك نقاط القوة والضعف التي تتميز بها، ويساعدها ذلك في تحديد البدائل الاستراتيجية المتاحة ويسهم في عملية الاختيار الاستراتيجي ، **وفي ضوء ما سبق يمكننا بيان خصائص وسمات التخطيط الاستراتيجي على النحو التالي :**

١- تكامل وترابط جميع وظائف المنشأة.

٢- المخاطرة المحسوبة فهو يعمل في ظل ظروف عدم التأكد بدرجة عالية .
٣- توقع ردود فعل المنافسين والاحتياط للتعامل معها .
٤- التكيف مع الظروف البيئية التي يعمل فيها .
٥- توفير البدائل التي تستهدف التأثير على الآخرين بما يخدم ويتفق مع مصالح المنشأة.
٦- رسم أساليب الحركة على شكل حلقات متتابعة تحقق رسالة المنشأة وأهدافها .
٧- التركيز على البعد الزمني للتطور وتحديد أفق زمني مناسب .
٨- التركيز على المخرجات المطلوب تحقيقها (الرسالة والأهداف) أكثر من تركيزه على المدخلات .
٩- يتأثر كثيراً بالقيم الشخصية وطموحات المديرين .
١٠- يتعامل بصفة أصلية مع المشكلات والأمور الجوهرية التي تمس مصالح المنشأة ومستقبلها .
١١- يحتاج لقدر كبير من المعلومات يقع معظمها خارج المنشأة.
١٢- أحد المهام المستمرة والرئيسية للإدارة العليا .
١٣- الموضوعية والعملية بحيث تتوافر لدى المنشاة المتطلبات اللازمة لتنفيذه .
١٤- ضرورة توفير التغذية المرتدة بالمعلومات لاستمرار العمل به.

ثانيا : التخطيط الاستراتيجي والمفاهيم الإدارية الأخرى

هناك فروق جوهرية بين مفهوم التخطيط الاستراتيجي وبعض المفاهيم الأخرى ، يمكننا التعرض لها على النحو التالي :

١- التخطيط الاستراتيجي والتخطيط التكتيكي

يتضمن التخطيط الاستراتيجي وضع الأهداف والخطط العامة والتي تحدد الاتجاهات العامة للمنشأة وتوضع بواسطة الإدارة العليا وهي تحدد الموارد اللازمة ومدى اعتماد المنشاة على البيئة الخارجية وتكون الخطط لمدى زمني طويل . أما التخطيط التكتيكي فيركز على الأفراد والأعمال ويرتبط عادة بمدى زمني متوسط وهذه الخطط التكتيكية مرتبطة في الغالب بالإدارة الوسطى والتي تحدد فيها الموارد اللازمة وكذلك الفترة الزمنية لإنجاز هذه الخطط وهذه الخطط تعتبر أكثر تفصيلا من الخطط الاستراتيجية . ويوضح الجدول التالي الفرق بين التخطيط الاستراتيجي والتكتيكي

٢- التخطيط الاستراتيجي والتخطيط التشغيلي :

يغطي التخطيط التشغيلي فترة زمنية محددة جدا ونطاق محدد أيضا وتشرف الإدارة الوسطي على هذه الخطط والتي يتم تنفيذها بواسطة الإدارة الدنيا. أما التخطيط الاستراتيجي فيغطي فترة زمنية طويلة عكما يتم إعداده بواسطة الإدارة العليا.

٣- التخطيط الاستراتيجي والتخطيط الموقفيContingency Planning

ينطوي التخطيط الموقفي على توصيف البدائل المتاحة والتي يمكن إتباعها في الظروف المختلفة وهو يمثل جزء من عملية التخطيط الاستراتيجي . وينبغي الإشارة إلى أن الحوادث أو الطوارئ الاحتمالية من الصعب السيطرة عليها إذ أنها تحدث أثناء التنفيذ الفعلي للخطة أو أنها قد تكون ناتجة عن تغيرات معينة حدثت في البيئة. ويعتمد مفهوم التخطيط الموقفي على قدرة المنشأة على توفير خطط بديلة للخطة الأصلية.

٤- التخطيط الاستراتيجي والتخطيط طويل ومتوسط و قصير الأجل

يغطي التخطيط طويل الأجل فترة زمنية طويلة تشمل عدة سنوات وأحيانا عدة عقود وهو يرتبط عادة بالأنشطة الهامة للمنشأة كالتوسع في الإنتاج وتقديم أجيال جديدة من المنتجات والإدارة العليا هي المسئولة عادة عن التخطيط طويل المدى في معظم المنشآت .

في حين يغطي التخطيط متوسط الأجل فترة زمنية تتراوح بين عام وخمسة أعوام وتستلزم وجود ترابط بين الإدارة العليا والوسطي والخطة المتوسطة قد تشمل إقامة مبنى كجزء من خطة طويلة الأجل .

أما التخطيط قصير الأجل فيغطي فترة زمنية أقل من سنة عادة ويركز على الأنشطة اليومية القائمة على تقييم ومتابعة عمليات التقدم نحو أهداف متوسطة وطويلة الأجل بمعنى التركيز على الأنشطة اللازمة لتحقيق وإنجاز أعمال معينة في إطار زمني لا يتجاوز سنة .

ثالثا : فوائد التخطيط الاستراتيجي ومعوقاته:

تؤدي ممارسة التخطيط الاستراتيجي إلي حصول المنشآت على العديد من الفوائد منها:

١- يزود المنشآت بمرشد حول ما الذي تسعى لتحقيقه .
٢- يزود المسئولين بأسلوب وملامح للتفكير في المنشأة ككل .
٣- يساعد المنشأة على توقع التغيرات في البيئة المحيطة بها وكيفية التأقلم معها
٤- يساعد المنشأة على تخصيص الموارد المتاحة وتحديد طرق استخدامها.
٥- يزيد وعي وحساسية المديرين لرياح التغير والتهديدات والفرص المحيطة.
٦- يقدم المنطق السليم في تقييم الموازنات التي يقدمها المديرون.
٧- ينظم التسلسل في الجهود التخطيطية عبر المستويات الإدارية المختلفة.
٨- يجعل المدير خلاقا ومبتكرا ويبادر بصنع الأحداث وليس متلقيا لها.
٩- يوضح صورة المنشأة أمام كافة جماعات أصحاب المصالح.

ومع تعدد الفوائد المترتبة على التخطيط الاستراتيجي إلا هناك العديد من العقبات تواجه المنشآت وتؤثر على ممارسة التخطيط الاستراتيجي ، ومن **أهم هذه العقبات** :

١- وجود البيئة التي تتصف بالتعقيد والتغيير المستمر.
٢- تردد بعض المديرين في وضع أهداف لهم ولوحداتهم التنظيمية .
٣- الانطباع السيئ عنه في ذهن المديرين لوجود بعض المشاكل .
٤- قصور الموارد المتاحة للمنظمة.
٥- التخطيط الاستراتيجي الفعال يحتاج إلى تكلفة عالية ووقت كبير.
٦-أن خطوات التخطيط الاستراتيجي قد لا تكون مفهومة تماما من جانب المديرين.
٧- أن الإدارة بجميع مستوياتها لا تشارك في التخطيط .
٨-أن رجال المشورة دون رجال خط السلطة . يهاجمون بشدة العملية التخطيطية
٩-يتوقع المديرون الكثير من التخطيط . ولكن "قد تأتي الرياح بما لا تشتهي السفن "
١٠-قد تجري محاولة لتحقيق الكثير وذلك لمرة واحدة فقط في بداية التخطيط.
١١-قد لا يتابع المديرون التخطيط لانشغالهم في اتخاذ القرارات التشغيلية.
١٢-إسهامات المجالات الوظيفية تجاه التخطيط ليست متعادلة.
١٣- تقلل تفاصيل التخطيط من شأن النظرة الشاملة للعملية التخطيطية.

رابعا : مراحل (خطوات) التخطيط الاستراتيجي :

تمر عملية التخطيط الاستراتيجي بمجموعة من المراحل أو الخطوات ، وعلى الرغم من عدم اتفاق الكتاب على خطوات محددة للتخطيط الاستراتيجي، إلا أنه يمكن صياغة الإطار التالي لمراحل التخطيط الاستراتيجي :

١. رسم رؤية المنظمة .
٢. تحديد رسالة وغايات وأهداف المنشأة .
٣. تحديد الخصائص والسمات العامة للمنشأة .
٤. تحليل البيئة الخارجية الحالية وإعداد التنبؤات بشأن البيئة المستقبلية .
٥. القيام بمراجعة العوامل الداخلية والتركيز على جوانب الضعف والقوة للمنشأة
٦. تنمية الاستراتيجيات البديلة والتكتيكات والتصرفات الأخرى.
٧. تقييم واختيار الاستراتيجيات.
٨. اختبار مدى الاتساق.
٩. إعداد الخطة الموقفية أو البديلة.

خامسا : أساليب إعداد الخطط الاستراتيجية :

تتعدد الأساليب والأدوات التي يمكن الاستعانة بها لإعداد الخطة الاستراتيجية ، فالبعض يعتمد علي أسلوب التحليل البيئي الرباعي (SWOT)، ويعتمد آخرون علي أسلوب تحليل مجالات وأنشطة العمل (L.O.B.S) ، وكذلك أسلوب السيناريو (S.U.M.) ، ونموذج فيفر (Pfieffer) ، ونموذج هوشين كانري في التخطيط الاستراتيجي (Hoshin Kanri) وغيرها العديد من الأساليب ، وفيما يلي سنلقي الضوء علي بعض من هذه الأساليب :

١) أسلوب التحليل البيئي الرباعي (SWOT) :

أن تحليل نقاط القوة Strengths، ونقاط الضعف Weaknesses ، كذلك مجالات الفرص Opportunities، ومجالات المخاطر Threats التي يشير إليها البعض بتحليل SWOT ، يعد عملية هامة لأنها المحدد الأساسي لأي خطة استراتيجية يمكن لمنظمات الأعمال إتباعها ويشمل هذا التحليل البحث المنظم والمرتب للبيانات ، ودراسة الاتجاهات في الصناعة ، ومراجعة المعلومات الداخلية والخارجية ، هذا إلى جانب إمكانية استخدام المديرون لحكمهم ورأيهم وخبراتهم السابقة. ويوضح الشكل أن التهديدات والفرص تقع في ظل العوامل البيئية الخارجية للمنظمة والتي لا تخضع لسيطرة ورقابة المنظمة ، بينما تقع مواطن القوة والضعف في ظل العوامل البيئية الداخلية التي تخضع إلى حد كبير لرقابة وسيطرة المنظمة.

وفى هذا الصدد يمكننا التعرض بإيجاز لتحليل SWOT الذي يمكن المنظمة من رسم خططها واستراتيجياتها المستقبلية . إذ يستعين مخططي الاستراتيجية اليوم بعدد من الأدوات والمصفوفات التي تسهم في التوصل إلى طبيعة العلاقة بين العوامل والمتغيرات البيئية المؤثرة ، مثل مصفوفة جماعة بوسطن الاستشارية ، ومصفوفة جينيرال اليكتريك ، وحديثاً قدمت مصفوفة SWOT التي تسهم في إجراء التحليلات الخاصة بعوامل البيئة الخارجية ، وتلك المتعلقة بالبيئة الداخلية ، وذلك بغية الوصول إلى ما يوجد بالبيئة الخارجية من فرص أو تهديدات ، وما يوجد بالبيئة الداخلية من نقاط قوة أو ضعف .

وكما نرى في الشكل التالي ، فهناك أربعة أبعاد للتوجهات الاستراتيجية تعتمد على نتائج التحليل البيئي الخارجي والداخلي .

نتائج تحليل SWOT

العوامل داخلية / العوامل خارجية	نقاط القوة (S) قوة فى التمويل /الأفراد /التسويق ...	نقاط الضعف (W) ضعف فى التمويل / الأفراد / التسويق ...
الفرص (O) نقاط تمثل مزايا نسبية للمنظمة متاحة نتيجة الظروف الاقتصادية والاجتماعية والسياسية والتكنولوجية ... وغيرها	استراتيجية (SO) Maxi- Maxi الاعتماد على نقاط القوة المتاحة لدى المنظمة فى الاستفادة من الفرص السانحة في السوق .	استراتيجية (WO) Mina – Maxi الاعتماد على الاستراتيجيات التنموية لتغطية نقاط الضعف وعلاجها حتى يمكن الاستفادة من الفرص المتاحة بالسوق
التهديدات (T) نقاط تمثل مخاطر ومعوقات أمام المنظمة نتيجة الظروف الاقتصادية والاجتماعية والمنافسة والتكنولوجيا ... وغيرها	استراتيجية (ST) Maxi – Mini الاعتماد على نقاط القوة لتكون على مستوى التهديدات وتتكيف معها وتحاول تحجيمها وتخفيف آثارها .	استراتيجية (WT) Mini – Mini الاعتماد على تخفيض حجم العمليات أو المشاركة حتى يمكن علاج نقاط الضعف ومواجهة التهديدات .

إن العوامل الخارجية والعوامل الداخلية تتسم بالديناميكية فبعض هذه العوامل تتغير بشكل كبير وبصورة مستمرة ، بينما نجد أن بعضها الآخر يتسم بانخفاض قابليته للتغيير. ويؤثر ذلك على واضعي الاستراتيجية .

٢) أسلوب استخدام السناريوهات: (S.U.M)

مفهوم أسلوب السيناريو :

هو أداة مهمة من أدوات الاستراتيجية ، والسيناريو يبنى على افتراض أن قدرتنا على التنبؤ محدودة ، فيتم افتراض عدد من الاحتمالات الممكنة والتصرف المناسب لكل منها.

السيناريو أسلوب من أساليب استشراف المستقبل التي أصبحت ضرورة في العصر الحديث ، لما لها من قيمة في تصور الاحتمالات الممكنة للمستقبل في المجتمعات لمختلفة. وبالتالي يمكن استخدامه كأداة من أدوات التخطيط الاستراتيجي في المنظمات المعاصرة .

إن السيناريو أداة تخطيطية تشمل تصوراً مستقبلياً مبني على فروض منطقية وواقعية ومبرهن بأدوات رياضية تتناسب مع طبيعة السيناريو الاحتمالية ، وتوجد تعريفات عديدة للسيناريو تختلف باختلاف المنظور بين المجالات المتداخلة بل وفى المجال الواحد .

فمثلاً يعرف بورتر (Porter 1985) السيناريو على أنه : أداة منظمة لتخيل المستقبل الذي تتخذ فيه قرارات منظمة.

ويعرف ليندرين وباندهولد (Lindgren and Bandhold 2003) بأنه تصور مستقبلي تحاول المنظمة عن طريقة الإجابة عن مجموعة أسئلة ماذا يحدث مستقبلاً ؟ وما هي الرؤى المرسومة بهدف تجنب المخاطر ؟ ويضيف أن العقل البشري يولد مئات السيناريوهات يومياً من خلال التوفيق بين المستقبل المحتمل والمستقبل المرغوب باستخدام مسارات المستقبل الممكن ، وما علينا إلا أن نقوم بتغذية طردية feed – forwardمع التغذية العكسية feed back بحيث تتكامل الرؤية ويتفق هذا مع كون السيناريو وصف لوضع مستقبلي ممكن أو محتمل أو مرغوب.

ويعرفه آخرون بأنه وصف أو قصة لوضع مستقبلي ممكن الحدوث عند توافر شروط معينة في مجال معين ، أو هو مجموعة من الافتراضات المتماسكة لأوضاع مستقبلية محتملة الوقوع في ظل معطيات معينة .

ويعرف أيضاً بأنه وصف لوضع مستقبلي ممكن أو محتمل أو مرغوب فيه ، مع توضيح ملامح المسار أو المسارات التي يمكن أن تؤدي إلى هذا الوضع المستقبلي ، وذلك انطلاقاً من الوضع الراهن أو من وضع ابتدائي مفترض.

ويمكن تعريف السيناريو : على أنه مسار Path يصل بين نقطتين زمنيتين الأولى معلومة وفى مجال الثانية مبرهنة بامتداد الرؤية زمنياً.

كما يعرف البعض السيناريو بأنه : سلسلة من الأحداث التي نتصورها تجرى في المستقبل .

ويعرف آخرون السيناريو بأنه تصور ذهني أو فكري لمجموعة من الاحتمالات المتوقعة أو الممكنة لمسيرة ظاهرة ما (أو متغير ما) حيث يصاغ التصور في مجموعة من التنبؤات المشروطة التي تنطلق من مفهوم ماذا يمكن أن يحدث لو تحققت عدة شروط ؟

ويؤكد بيل (Bell) على ذلك حيث يقول أنه قصص حول المستقبل متضمنا عادة قصص حول الماضي والحاضر. ويقول كروزك (Kruzic) أن السيناريو وصف لمستقبل ممكن ، يبني علي تنبؤ محتمل لمستقبل فعلى. أما جودية (Godet) فيرى أنه وصف لمستقبل محتمل وللطريق الموصل إليه.

ومن التعريفات التي تتسم بالشمول والاتساع والإجرائية في الوقت نفسه يري البعض أن السيناريو: وصف لوضع مستقبلي ممكن أو محتمل أو مرغوب فيه ، مع توضيح لملامح المسار أو المسارات التي يمكن أن تؤدي إلى هذا الوضع المستقبلي ، وذلك انطلاقاً من الوضع الراهن أو من وضع ابتدائي مفترض ومن هذا التعريف يمكننا استخلاص العناصر التالية :

أ- وصف وضع مستقبلي : يعني ذلك وصف خصائص ظاهرة ما في مجتمع ما في سنة ٢٠٢٥ ، أو وصف أوضاع منظمة ما في سنة ٢٠٣٠ من حيث ما تمتع به من مزايا تنافسية ونصيبها في السوق العالمي وحجم عمالتها ، ونوعية التكنولوجيا التي تستخدمها ... الخ .. وقد يمثل الوضع المستقبلي محل الاهتمام وضعاً مستقبلياً ممكناً (possible) محتمل الحدوث. (probable, potential) وفى هذه الحالة نتحدث عن سيناريوهات استطلاعية . (exploratory)إذا ينطلق كاتب السيناريو من المعطيات والاتجاهات العامة القائمة في محاولة لاستطلاع ما يمكن أن تؤدي إليه الأحداث والتصرفات المحتملة أو الممكنة من تطورات في المستقبل ، وقد يمثل الوضع المستقبلي في نهاية الفترة محل الاستشراف وضعاً مرغوباً فيه .(desired)وفى هذه الحالة نتحدث عن سيناريوهات استهدافية (normative) أو سيناريوهات مرجوة . (anticipatory) وهنا تكون نقطة البداية هي مجموعة أهداف محددة ينبغي تحقيقها في المستقبل ، يتم ترجمتها إلى صورة مستقبلية متناسقة ، ثم يرجع كاتب السيناريو من المستقبل إلى الحاضر لكي يكتشف المسار أو المسرات الممكنة لتحقيق الأهداف المرجوة أو الصورة المستقبلية المبتغاة ، محدداً النقاط الحرجة التي تتطلب اتخاذ قرارات أو تصرفات هامة . ويطلق على هذه العملية التحديد العكسي (back easting) ، كما يمكن وصف السناريوهات الناتجة عنها بأنها سيناريوهات راجعة (backward scenarios) ، كذلك يمكن الحديث هنا عن عملية تصميم أو تخطيط للسيناريو (design or planning) وليس عن مجرد كتابة سيناريو . وبطبيعة الحال، ليس هناك ما يمنع أن يكون السيناريو الاستهدافي هو سيناريو معين يختر من بين السيناريوهات الاستطلاعية.

ب- وصف مسار أو مسارات مستقبلية: ويتمثل العنصر الثاني في السيناريو في وصف المسار أو المسارات التي يمكن أن تؤدي إلى الوضع المستقبلي . ويقصد بذلك وصف التتابع المفترض للمشاهد أو التداعيات المتصورة للظواهر محل البحث عبر الزمن ، وذلك انطلاقاً من الوضع الابتدائي ، أو انطلاقاً من الصورة المستقبلية المرجوة. ويتشكل المسار المستقبلي من خلال عملية تحليل لجملة من الأحداث والتصرفات ومن التفاعلات التي تنشأ بينها أو الآثار التي تنتج عنها عبر الزمن. ومن المهم التمييز بين الأحداث (events) والتصرفات (actions) التي ينتج عن وقوعها وتفاعلها شكل محدد للمسار المستقبلي: **فالأحداث** وقائع غير مقصودة ، ولا يمكن لمتخذ القرار التحكم فيها خلال الفترة الزمنية التي يغطيها السيناريو . أما **التصرفات** فهي تتمثل في التغيرات المقصودة أو المتعمدة في الظواهر الداخلة في السيناريوهات . ومن ثم

فهي مما يخضع لقرارات متخذ القرار ، أو لتصورات كاتب السيناريو . ومن أمثلتها التغيرات في الهيكل الاقتصادي وفى التنظيم الاجتماعي .

جـ- الوضع الابتدائي: يمثل نقطة الانطلاق أو مجموعة الشروط الأولية أو الافتتاحية . (initialo conditions) ومن المهم تحديد هذه الشروط بشكل دقيق . ذلك أنها تمثلت خلفيه المشاهد التي ستتابع عبر الزمن ومن المهم تمييز نوعين من العناصر داخل مجموعة الشروط الأولية للسيناريو ، وهما : الوقائع والقوى الفاعلة . ويقصد بالوقائع حقائق الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية والتكنولوجية والسياسية والمؤثرات الخارجية ، والاتجاهات العامة السائدة ، والاتجاهات المغايرة البازغة . أما القوى الفاعلة (actors) فيقصد بها القوى – الحكومية وغير الحكومية – صاحب الأثر الأكبر في تشكيل الأحداث سواء بالفعل أم برد الفعل .

وقد يعبر الوضع الابتدائي عن مجموعة من الظروف الفعلية (أي العوامل والقوى المحركة أو الفاعلة والعلاقات والاتجاهات العامة) السائدة عند فتح الستار (إذ استعرنا لغة المسرح التي ينتمي إليها لفظ السيناريو أصلاً) . ومن تحليل هذه الظروف ، والبحث في احتمالات تغيرها ، ونشوء ظروف جديدة بفعل أحداث أو تصرفات معينة .

أهمية أسلوب السيناريو:

تتضح أهمية أسلوب السيناريو فيما يلي :

١. الاهتمام باستطلاع الآفاق المستقبلية للمنظمات ، التأمل في واقع تلك المنظمات ، واستكشاف ما يحمله الواقع الراهن من مضامين يكتنفها الغموض والالتباس.
٢. المساعدة في التعرف علي حركة المنظمة المستقبلية في حالة تغير العوامل والمعطيات الحالية.
٣. تسهم في تعريف المسئولين عن اتخاذ القرار إلى ما هو ممكن وما هو محتمل ، وما نوع التغير الذي يمكن إحداثه وهل هو تغير جذري أو تطويري.
٤. التمييز بين ما هو موضوعي وحتمي ، وما هو ذاتي وإرادي في تحديد ملامح المستقبل ومن خلال ذلك في حالة تغير المعطيات سواء كانت موضوعية أو افتراضية على المستويات المحلية والإقليمية والعالمية.
٥. يمكن اعتبار السيناريوهات أدوات علمية تساعد على استقراء الواقع المجتمعي ، والتعرف على التغيرات الجوهرية التي يتعرض لها المجتمع في حركته ، واستكشاف الاحتمالات المنتظرة والممكنة في مسارات مستقبلية ، مع حساب ما ينطوي عليه كل مسار من منافع وتكاليف ، بما يساعد متخذ القرار على اتخاذ قراره المناسب.

أهداف السيناريوهات :

بشكل عام يمكن ذكر بعض أهداف السيناريوهات علي النحو التالي :

١. صياغة رؤية مستقبلية معينه من خلال توصيات صريحة بشأن الاختيارات والقرارات التي ينبغي اتخاذها من الآن للوصول إلى الوضع المستقبلي المرغوب.
٢. تحفيز الأفراد وتعديل قراراتهم في اتجاه تحويل هذه الرؤية المستقبلية المرغوبة إلى واقع.
٣. عرض الاحتمالات والإمكانات والخيارات البديلة التي تنطوي عليها التطورات المستقبلية كما تكشف عنها السيناريوهات المختلفة.
٤. عرض النتائج المترتبة على الخيارات المختلفة في السيناريو وتركيز انتباه متخذي القرار في العوامل الرئيسة ، وفى العمليات أو العلاقات السببية ، والنقاط الحرجة.
٥. تمكين الجماهير من التفكير في كل الأمور المتعلقة بالمستقبل واستثارة النقاش فيها واستدعاء ردود الفعل في شأنها.
٦. التوصل إلى توصيات في شأن الخيارات والقرارات ، التي ينبغي اتخاذها ، من الآن للوصول إلى الوضع المستقبلي المرغوب فيه ، بعد فترة زمنية محددة.
٧. استثارة الفكر والتأمل حول قضايا وهموم المستقبل من خلال المسارات الاحتمالية ، مما يؤدي إلى تنشيط خيال الأفراد وبالتالي مساعدتهم على اتخاذ قرارات أفضل بشأن مستقبلهم من الآن.

خصائص السيناريوهات:

توجد عدة خصائص تميز السيناريوهات عن غيرها ، والتي تتمثل في :

١. الاحتمالية : يعتبر السيناريو نهجا احتمالياً بطبيعته حيث لا يوجد مسار مستقبلي وحيد بل هناك عدة مسارات مشروطة بظروف وقوى محلية وعالمية ، والملاحظ أن لكل سيناريو فرضات تختلف عن فرضات غيره من السيناريوهات ، لذلك فالمجال مفتوح لمناقشة تلك الفرضيات وبالتالي تعتبر السيناريوهات قضايا ترجيح واحتمال أكثر من كونها سلسلة من الحتميات.
٢. التعددية : يقصد بها تعدد السيناريوهات في الدراسة المستقبلية بسبب ما يحيط بالمستقبل من غموض واحتمالات وكذا غياب اليقين ، كذلك بسبب الصعوبات والتعقيدات التي تكتنف محاولة استطلاع المستقبل وما يصاحبها من طرق مختلفة في التعامل معها ، مما يؤدي إلى تنوع المسارات المستقبلية.
٣. الاتساق الداخلي : يجب أن يتصف السيناريو بالاتساق الداخلي ، أي بالتناسق بين مكوناته ، ويعنى ذلك البعد عن أي تناقضات بين مكونات السيناريو .
٤. التميز والتفرد : يجب أن يكون إعداد السيناريوهات محدودا بحيث تتضح الاختلافات والتمايزات فيما بينها ، فعند تضمين الدراسة المستقبلية لأكثر من أربعة سيناريوهات قد يؤدى إلى قدر من الإرباك والالتباس في عمليات التحليل وعرض

النتائج. كما أن تضمين الدراسة المستقبلية لسيناريو واحد يتضمن نفس فكرة المستقبلات البديلة التي مثلت أسس الدراسات المستقبلية .

٥. المساهمة في تحقيق الأهداف المستقبلية : يجب أن يكون للسيناريو فائدة في التخطيط المستقبلي بما يعين على تحقيق أهداف مستقبلية معينة . وأن يسهم بشكل واضح في تحقيق الأهداف ، كي يستفيد منه المسئولون في المجالات المختلفة.

أنواع السيناريوهات

تتعدد أنواع السيناريوهات ، ويمكننا عرض أهم تلك الأنواع علي النحو التالي :

أ - السيناريوهات الاستطلاعية والإستهدافية :

١ - سيناريوهات استطلاعية : ويمكن تقسيمها إلي عدة سيناريوهات مثل:

- سيناريو استمرار الاتجاهات العامة الراهنة ، مع إضافة تنويع تفاؤلي وتنويع تشاؤمي حول هذا السيناريو المرجعي.
- سيناريوهات محتملة. (probable)
- سيناريوهات ممكنة(possible)

٢-سيناريوهات استهدافية ، أو مرغوب فيه :. وبطبيعة الحال ، يمكن أن تتعدد السيناريوهات الاستهدافية تعدداً كبيراً ، وذلك وفق الهدف المراد تحقيقه ، أو حسب البعد المرغوب في التركيز عليه من أبعاد النسق محل البحث.

ب - ويشير سلوتر (Slaughter 1996) إلى أربعة أنواع من السيناريوهات هي :

١. السيناريو المرجعي ، أو سيناريو استمرار الوضع القائم.
٢. سيناريو التدهور والانخفاض ، وهو يمثل عجز النسق عن الاستمرار أو فقدانه لقدرته على النمو الذاتي ، أو بلوغ تناقضات النظام حداً بتفجيره من داخله.
٣. سيناريو العصر الذهبي في الماضي، وهو مبني على العودة إلى فترة زمنية سابقة ، يفترض أنها تمثل الحياة الآمنة الوديعة والنظيفة.
٤. سيناريو التحول الجوهري، وينطوي على حدوث نقلة نوعية في حياة المجتمع ، سواء أكانت اقتصادية ، أم تكنولوجية ، أم سياسية ، أم روحية.

ج - ويقترح جوديه (Godet, 1986) بناء السيناريوهات التالية:

١. السيناريو المرجعي : ويعبر عن الوضع الأكثر احتمالاً لتطور الظاهرة محل البحث.
٢. السيناريو المتفائل: ويعبر عن الحالة الإيجابية المتطرفة لحدوث الظاهرة التي يتم دراستها.
٣. السيناريو المتشائم : ويعبر عن الحالة السلبية المتطرفة لحدوث الظاهرة التي يتم دراستها .

خطوات تخطيط السيناريو.

١. تعريف الأفراد الذين سيساهمون لتشكيل وتكوين آراء ووجهات نظر متعددة .
٢. المقابلات الشاملة / ورشة عمل حول رؤية المشاركين لتغيرات كبيرة تأتي في المجتمع، الاقتصاد، السياسة، التقنية، الخ.
٣. تجميع الآراء ووجهات النظر في مجموعات ووحدات ونصوص متجانسة .
٤. تجميع وترتيب قائمة الأولويات وأفضل الأفكار.
٥. صياغة صور بخطوط عريضة للمستقبل، مستندة على هذه الأولويات للقصص والسيناريوهات.
٦. إضافة تفاصيل عن الأحداث المستقبلية بما يخفف من تأثير صدمة السيناريوهات. ومع تحديد كيفية تأثير السيناريو على المنظمة.
٧. تحديد إشارات إنذار مبكر، وبيان الأشياء التي لها دلالة لسيناريو معين.
٨. استخلاص السيناريوهات إلى روجعت وقيمت .

بعض الأخطاء التي يجب تفاديها في تخطيط السيناريو

١. معالجة السيناريوهات كتوقعات.
٢. بناء السيناريوهات استناداً على اختلافات بسيطة جدا. مثل التفاؤل والتشاؤم.
٣. إخفاق في جعل السيناريو العالمي بما فيه الكفاية في المجال.
٤. إخفاق في تركيز السيناريوهات في مناطق التأثير المحتملة على المشروع.
٥. معالجة السيناريوهات كأداة معلوماتية أو تعليمية بدلا من تعلم المشاركة و/ أو تشكيل استراتيجية.
٦. عدم أخذ التشغيل الكافي من فرق الإدارة في عملية تخطيط السيناريو.
٧. الإخفاق في وضع المحفز الكافي لتصميم السيناريو.
٨. لا يستعمل خبرات سهلة.

٣) أسلوب هوشين كانري للتخطيط الاستراتيجي والجودة الشاملة :

مفهوم أسلوب هوشين كانري وأهميته :

يمثل أسلوب هوشين كانري في التخطيط الاستراتيجي وإدارة الجودة الشاملة ، المنهج الإداري الذي يمنح المنظمات اليابانية قوتها التنافسية الخطيرة . وهوشين منهج إداري ياباني يضمن تحقيق نجاحات استراتيجية ذات كفاءة وفعالية عالية ولقد استخدم أسلوب هوشين لأول مرة في شركة هيوليت وباكارد في عام ١٩٧٦ في اليابان، والتي تطورت بعض الشيء منذ بدايتها، ومن أهم

المنظمات التي تمارس أسلوب هوشين كانري في التخطيط الاستراتيجي وإدارة الجودة الشاملة : بنك أوف أميركا (Bank of America) ، بريدجستون الإطارات (Bridgestone Tire)، ديل (Dell)، هيوليت باكارد(Hewlett Packard)، نيسان(Nissan) ، تويوتا (Toyota)، ، وإنتل وتكساس إنسترومنتس.

ولقد لجأ اليابانيون إلى إدارة هوشين كانري كبديل للإدارة بالأهداف. وتتكون كلمة (هوشين) من مقطعين، أولهما(هو) وهو كلمة صينية تعني : طريقة أو أسلوب ، وثانيهما (شين) وتعني : البوصلة ، أما كلمة (كانري) فتعني: الإدارة أو التخطيط. وهكذا يعمل منهج (هوشين كانري) إذ بمثابة بوصلة للإدارة لتوجيه السياسات الاستراتيجية وتنفيذها.

يقول "رون مكورميك" نائب رئيس شركة "تكساس إنسترومنتس:" باستخدام هذا النظام الإداري، تمكنا من تقليل التأخر في التسليم بنسبة ٧٥ %في عام واحد، واختصار زمن دورات الإنتاج بمقدار ٦٠%، وتقليل المرتجعات بنسبة ٧٠ %. الأمر الأكثر أهمية، أننا حصلنا علي حصة في السوق من بعض منافسينا الأقوياء. وما زلنا نتابع ما نهدف إليه. ولكن تكمن الطريقة التي سنتخذها لتحقيق تلك الأهداف في استمرارنا في التركيز على قدرات التحسين الهائلة للآلاف من موظفي الشركة وتنشيط هذه القدرات باستخدام طريقة "هوشين."

تعد "هوشين" أكثر مناهج إدارة الجودة الشاملة تحقيقا لأهداف الجودة . فبينما يشكو كثير من المديرين من أن إدارة الجودة الشاملة لا تحقق سوى تحسينات جزئية في السلع والخدمات، يرى ممارسو إدارة "هوشين" غير ذلك. حيث أن تنفيذ الاستراتيجية ما هو إلا عملية من العمليات الإدارية، و باستخدام "هوشين" يتم وضع المعايير الصارمة التي تضمن تحقيق الاستراتيجية .

إن أسلوب هوشين كانري قد وضع لصياغة وتعزيز عمليات التخطيط الاستراتيجي، فضلا عن الاستشراف والرؤى حول المستقبل وتطوير الوسائل ، ومحاولة ترجمة ذلك إلى واقع. والتخطيط الاستراتيجي (في اليابان) يمثل منهجية الإدارة التي تستند إلى معان ومفاهيم شعبية ، فلقد قال البروفيسور كاورو إيشيكاوا في أواخر الخمسينيات من القرن الماضي : " كل شخص خبير في وظيفته وصانع لحضارته" ، كما تركز الثقافة اليابانية علي استخدام قوة التفكير الجماعي لكل الموظفين من أجل منظمتهم بصورة أفضل في هذا المجال. "هذا هو مبدأ أساسي من مبادئ هوشين كانري. وبعبارة الأستاذ ايشيكاوا في كتابه، "يجب أن يكون لدي كبار المديرين وكذلك مديري الإدارة الوسطي الجرأة بما يكفي لتفويض السلطة وتمكين موظفهيم من إطلاق سراح أفكارهم ، فذلك هو الطريق لتأسيس ثقافة احترام الحقوق والواجبات البشرية وتقديم

أفضل المنتجات والأعمال . إن أسلوب هوشين كانري يمثل نظاما للإدارة يتيح المشاركة لجميع الموظفين، من أعلى إلى أسفل ومن أسفل إلى أعلى.

إن الفرضية الأساسية وراء أسلوب هوشين تكمن في أن أفضل طريقة للحصول على النتيجة المرجوة تتمثل في التأكد من أن جميع العاملين في المنظمة على درجة واحدة من الفهم في الاتجاه طويل المدى، وأنها تعمل وفقا لخطة ربط لجعل الرؤية حقيقة واقعة. الجانب الثاني من هذا الأسلوب هو أن المقاييس الأساسية التي يجب رصدها تضمن التحسين المستمر لعمليات وأنشطة المنظمة الرئيسية.

أهداف استخدام أسلوب هوشين كانري:

إن الهدف الرئيس من الاعتماد علي أسلوب "هوشين كانري " يكمن في العمل علي توجيه جهود المئات أو الآلاف من الموظفين لسد الثغرات الاستراتيجية. وهي توفر مقياسا يسمح للمديرين بالقيام بالمقارنات الآتية:

١. الملائمة بين أهداف المنظمة وظروفها الخارجية.
٢. تحديد الثغرات الاستراتيجية التي يجب سدها، بغرض قيادة السوق.
٣. ربط الأهداف السنوية أوالمرحلية بالأولويات الاستراتيجية.
٤. ربط النشاط اليومي بالنتائج الاستراتيجية المحددة.
٥. توجيه المنظمة و السيطرة على مسيرتها.

أي أن إدارة "هوشين" تهدف إلى تمكين الإدارة العليا من إدارة الأولويات الاستراتيجية.

المبادئ الأساسية لإدارة هوشين :

يقوم أسلوب "هوشين" في التخطيط الاستراتيجي على المبادئ التالية:

١. ملاءمة أهداف المنظمة مع المتغيرات في البيئة الخارجية.
٢. التركيز على معالجة الثغرات الاستراتيجية الحيوية.
٣. مشاركة كل المستويات الإدارية و التنفيذية في وضع الخطط لغلق الثغرات.
٤. تحديد طرق ومعايير قياس تحقيق الأهداف الاستراتيجية.
٥. ربط الخطة الاستراتيجية طويلة المدى بالخطط المرحلية قصيرة المدى.
٦. تعديل الخطط بصفة مستمرة، اعتمادا على التغذية المرتدة من المستويات الإدارية والتنفيذية السفلى.

الاعتبارات التي تقوم عليها منهجية هوشين كانري :

١. التركيز علي الأهداف الجوهرية المعلنة .
٢. تنمية الخطط التي تدعم الأهداف بشكل كاف .

٣. إشراك جميع القادة في التخطيط لتحقيق هذا الهدف
٤. استعراض ومراجعة التقدم المحرز لهذه الخطط.
٥. إجراء التغييرات في الخطط على النحو المطلوب.
٦. التحسين المستمر للعمليات والأنشطة الرئيسية.
٧. تدعيم عمليات التعلم التنظيمي.

المزايا المترتبة علي استخدام دورة PDSA في مجال التخطيط الاستراتيجي :

يعتمد أسلوب هوشين في التخطيط الاستراتيجي علي دورة التخطيط ذات المراحل الأربع والتي تستعمل بشكل واسع في التحسين المستمر وتعرف أيضا بدورة (PDCA) والمكونة من أربع خطوات : خطط- إفعل - إفحص - تصرف ويطلق عليها كذل دورة ديمنج أو دورة شوهارت:

• خطط Plan: حدد الفرصة وخطط للتغيير.
• إفعل Do : نفذ التغيير على نطاق ضيق.
• إفحص Check: استعمل البيانات لتحليل نتائج التغيير وحدد ما إذا كان هناك أي فرق.
• تصرف Act: إذا كان التغيير ناجحًا قم بتنفيذه على نطاق واسع وقيّم نتائجك باستمرار.

وإذا لم ينجح التخطيط والتغيير، تبدأ الدورة من جديد. **ومن أهم المزايا المترتبة علي استخدام دورة PDSA في مجال التخطيط الاستراتيجي :**

١. ضمان وضع خطط أكثر منهجية
٢. رصد التقدم الذي يتم إحرازه بشأن الخطط بعناية.
٣. إجراء التغييرات على الخطط حيثما كان ذلك ضروريا.
٤. تحقيق الأهداف بكفاءة وفعالية.
٥. توحيد وضبط عملية التخطيط نفسها .
٦. التحسن المستمر في عملية التخطيط.
٧. التأكيد علي تنمية التعلم التنظيمي .

الخطوات المنهجية لأسلوب هوشين في التخطيط الاستراتيجي :

يعمل أسلوب هوشين في التخطيط الاستراتيجي علي نهج الخطوات السبع التي اقترحها David A. Kenyon في كتابه: Strategic Planning With the Hoshin Process، والتي تقوم بتنفيذ المهام الإدارية التالية ، ويوضح الشكل رقم (٤/٣) خطوات التخطيط الاستراتيجي تبعا لمنهجية هوشين :

١. تحديد القضايا الرئيسية التي تواجه عمل المنظمة.
٢. وضع أهداف قابلة للقياس لمعالجة هذه القضايا.

٣. تحديد الرؤية العامة والأهداف.
٤. وضع استراتيجيات لدعم السعي لتحقيق الأهداف.
٥. تحديد التكتيكات والأهداف التي تسهل تحقيق كل استراتيجية.
٦. وضع مقاييس الأداء لكل الأنشطة والعمليات.
٧. قياس أساسيات الأعمال .

وفيما يلي نلقي الضوء علي كل خطوة منها بشئ من التفصيل :

الخطوة الأولي : تحديد القضايا الرئيسة التي تواجه عمل المنظمة :

ويتطلب ذلك دراسة وتحليل الموقف وبيان تفصيلي لكافة العوامل المؤثرة علي نشاط المنظمة بما يسهم في التوصل إلي القضايا الجوهرية التي تواجه عمل المنظمة. فالمطلوب هنا تحديد الفرص التي يمكن للمنظمة اقتناصها قبل منافسيها وتوجهها إلى غرضها النهائي أو إلى ما يسمى بالرؤية. لهذا السبب، تتطلب إدارة "هوشين" أن يضبط صانعو القرار أهداف المنظمة مع المتغيرات المستمرة في محيطها الخارجي بشكل سريع.

يتطلب هذا دراسة الموقف، حتى تتوافق الاتجاهات الاستراتيجية مع الواقع في كل مستويات الهرم التنظيمي ، وفي جميع مراحل عملية التخطيط، يقارن صانعو القرار الحالة الراهنة للمنظمة، بالحالة المخططة لها، ثم يحددون ما يجب عمله لسد الثغرة بين الحالتين. وبينما يهتم التخطيط الاستراتيجي التقليدي بالتحليل، أي تقسيم الغرض الاستراتيجي إلى مجموعة من الخطوات ، تبدأ إدارة "هوشين" في التركيب أو التوفيق أو المزج، متيحة تصورا متكاملا للتحديات التي تواجه للمنظمة ، وفي هذه الخطوة يصبح من الضروري دراسة وتحليل الثغرات الاستراتيجية ومحاولة سدها ، في نظام "هوشين"، توضح الإدارة العليا الثغرات الاستراتيجية الحيوية ، ولكنها لا تقترح كيفية سدها. وتدعو العاملين لتصميم خطط أدائهم بأنفسهم، وتتيح لهم الاتصال ببعضهم للتنسيق. إشراك العاملين في التخطيط يحسن من جودة الاختيارات الاستراتيجية. ولكن، في كثير من المنظمات، يتعامل كبار المديرين مع الاستراتيجيات والأهداف العليا بسرية تامة، حيث يتاح لقلة فقط من كبار العاملين الحصول على بعض المعلومات الهامة. وطالما لم يشترك الموظفون في عملية التخطيط الاستراتيجي، فلن يفهموها أبدا. وعندما لا يرى الموظفون الصورة كاملة يصبح تكرار العمل والصراع وتزايد المشكلات أمورا عادية. لهذا السبب، يركز أسلوب "هوشين" على تبادل المعرفة. فلا بد أولا من وجود نظام اتصال متبادل بين المستويات المختلفة لبث المعلومات ، مما يزيد من وضوح الخطة. وثانيا، تؤدى المراجعات العديدة في أعلى وأسفل المنظمة إلى توجيه الدروس المستفادة من الممارسة الميدانية إلى أعلى، لتعلم الإدارة العليا كل ما يحدث في الصفوف الأمامية. إن مجرد تحديد الأدوار والمهام يعتبر اتصالا من اتجاه واحد، من

الإدارة إلى العاملين. أما مناقشة الخطط والمشاركة في وضع معايير الأداء لقياس الإنجازات المحتملة للموظفين، والعملاء، والموردين، فتؤدى إلى تخطيط أكثر كفاية و واقعية.

الخطوة الثانية : وضع الأهداف :

يسعى أسلوب "هوشين" لوضع الأهداف التي تمثل النتائج النهائية المنشود تحقيقها. وطالما أن بعض القضايا يكون لها أولوية واهتمام أكبر فإن أسلوب "هوشين" يعمل علي تحديد الأهداف الاستراتيجية لأكثر القضايا تأثيرا علي المنظمة. ثم يطلب من العاملين تحديد بقية الأهداف المتعلقة بالأداء و التنفيذ. إن أحد مبادئ "هوشين كانري" الرئيسة أن يتم تخصيص وتتبع أولويات قليلة فقط على كل مستوى من مستويات المنظمة. ومع زيادة القضايا التي تواجه المنظمات اليوم، يتم التركيز على الأولويات التي توفر أكبر المزايا للمنظمة. وكلما زاد وضوح الأولويات، سهل على الأفراد تركيز جهودهم على المهام التى تحقق استراتيجية المنظمة بشكل حقيقي، دون إهدار أو خطأ مقصودين.

إن أحد أسرار أسلوب "هوشين" هو مبدأ حشد الصفوف الأمامية والتنسيق بين فرق العمل. وهنا تهدف "هوشين" إلى:

* توفيق أهداف المنظمة مع المتغيرات في محيطها الخارجي لإيجاد التكيف مع البيئة.
* التوفيق بين الموظفين والأهداف الرئيسية لتوليد القوة الدافعة.
* تنسيق جميع الأنشطة والأعمال ومعايير قياس الأداء مع أهداف المنظمة لتحقيق الفعالية.

تكون النتيجة بناء مؤسسة تهتم بأولويات حيوية وتحدد الثغرات ومستويات الأداء التي تحتاج إلى تحسين لإنجاز الأهداف الاستراتيجية بصورة أفضل. فيوفر النظام سياسات فعالة على المدى الطويل، وأدوات قوية على المدى المتوسط، ومشاركة و التزاما من العاملين على المدى القصير.

الخطوة الثالثة رسم الرؤية العامة :

حتى تتمكن إدارة المنظمة من رسم الرؤية العامة لها ، يجب أن يفهم المديرون العلاقات بين الأسباب والنتائج داخل منظمتهم وخارجها. وهذا يتطلب ما يلي:

١) دراسة وتوثيق أسباب ومنطق الأهداف الموضوعة.
٢) فهم العلاقات الرئيسة التي تسيطر على عملية التغيير.
٣) تصميم استراتيجياتهم للتغيير بطريقة تعكس فهمهم لتلك العلاقات.

هنا يعتمد أسلوب "هوشين" على مجموعتين من الأدوات:

a. تساعدنا مجموعة منها على تحليل البيانات و المقاييس العددية.
b. وتساهم الأخرى في تنظيم البيانات والقنوات الاتصالية.

فكلما اعتمدت رؤية الإدارة والخطط الإدارية على الحقائق والتحليل ، زادت صحة وملاءمة الاستراتيجيات الناتجة.

الخطوة الرابعة : صياغة الاستراتيجيات

وفي هذه الخطوة يتم تنمية الاستراتيجيات التي ستنتهجها المنظمة ، وهذا يتطلب من المسئولين تنمية استراتيجيات بديلة علي كل مستوي من المستويات التنظيمية ، فهناك استراتيجية المنظمة **Corporate Strategy** والتي تمثل الاستراتيجية الرئيسة على مستوى المنظمة ككل ، إذ تهتم بمجموعة منتجات المنظمة بشكل عام ، وبالصورة العامة للمنظمة في البيئة إضافة إلى اهتمامها بالمركز التنافسي للمنظمة وتحديد حصتها التسويقية بجانب دورها في تنقية الاستراتيجيات الفرعية ومحاولة التنسيق فيما بينها ، وهناك استراتيجية وحدات الأعمال **Business Strategy** التي تركز على بيان سبل المنظمة في التنافس وتحقيق مكانة معينة في أحد مجالات الأعمال المحددة ، وقطاع معين ، أو سوق معين ، أو منتجات معينة ، وهنا نجد أن نطاق الاستراتيجية أكثر تركيزاً وأقل مدى من استراتيجية المنظمة ككل ، ومن أهم الاستراتيجيات في هذا الصدد ما يتعلق بتنمية السوق ، وإستراتيجيات خط المنتجات والترويج ، والتمويل ، والبحوث والتطوير ، وتصميم نظم العمل ، وتحليل الأوضاع البيئية لتحديد الفرص والمخاطر المحتمل أن تواجهها المنظمة. وأخيرا هناك إستراتيجيات الوظائف **Functional Strategy** التي تهتم بمجال وظيفي محدد يعمل على تنظيم استغلال مورد معين بالمنظمة مادي كان أو بشري ، ويقل نطاقها إلى ما بعد استراتيجية الأعمال فنجد الاهتمام بتحليل أحد عناصر البيئة الداخلية لتحديد مجالات ونقاط القوى والضعف، ويزداد التنسيق والتكامل بين الأنشطة داخل الوظيفة الواحدة.

الخطوة الخامسة : تحديد التكتيكات اللازمة لتحقيق كل استراتيجية:

يجب أن تكون التكتيكات واضحة ومحددة ومفهومة بشكل دقيق، ولهذا أربع خطوات:

أولا: ابدأ بفكرة تمثل جزء من الخطة ، وصمم التكتيكات اللازمة لها.

ثانيا: نفذ تلك التكتيكات بحذافيرها، وصحح إذا دعت الحاجة.

ثالثا: تعرف على أسباب المعوقات، باستخدام التغذية الراجعة.

رابعا: افعل الصواب في المرة التالية. فإذا تطابقت النتائج مع التوقعات، عمم العملية للمحافظة على النجاح. أما إذا خيبت النتائج الآمال، عدل العملية لتلافي السبب الجذري للمشكلات القائمة. وفي الحالتين، كرر العملية بادئا بالتكتكيات المحددة. بينما تبدو هذه الخطوات متتابعة، إلا أنها عند التنفيذ تحدث معا ويمكن تحسينها باستمرار. أحيانا يسمى أسلوب "هوشين" إدارة : (ادرس– افعل – خطط – نفذ). ففي مواجهة الأهداف

المتغيرة والمرمى المتحرك، تذكر هذه الدورة أعضاء المنظمة ليس فقط بمراجعة الأداء السابق، بل أيضا بتحديد الاتجاه التالي.

الخطوة السادسة : بناء مقاييس الأداء:

يجعل القياس الأشياء مرئية وملموسة. أما عناصر الأداء التي لا تخضع للقياس فتصبح بعيدة عن العين وعن العقل. إذ إن إعطاء الوقت الكافي لترجمة متطلبات الإدارة العليا إلى معايير مفهومة على المستوى المحلى، يساعد على تعزيز اهتمام العاملين بالأعمال الأكثر أهمية. قليلا ما يحمل القادة هذا الأمر محمل الجد. فقد يتوفر لديهم كثير من المقاييس، لكنهم لا يستطيعون ربطها بالأولويات الاستراتيجية، وبذلك لا توجد طريقة لتأكيد جدوى الممارسات اليومية في تحقيق النتائج المطلوبة. ففي غياب المجموعة المناسبة الضرورية الكيفية من المؤشرات، تصبح سيطرتهم على منظماتهم وهما.

تختلف مقاييس "هوشين" عن تلك المستخدمة في الإدارة بالأهداف. فالإدارة بالأهداف تتعامل عادة بالنتائج السنوية المرغوبة مثل : تخفيض التكاليف بنسبة ٣٠ % مثلا، لكنها تفشل في توفير أي مقاييس للكيفية التي يتم بها تنفيذ ذلك خلال العام. تفشل أيضا في ربط المقاييس عند تنفيذ الأعمال في المستويات الأدنى للمنظمة. فهدف المستوى الأعلى يسقط كالشلال على المستويات الأقل، وعادة بنفس وحدات القياس. وبالرغم من اختلاف الطرق والاستراتيجيات داخل المستويات المختلفة بالمنظمة إلا أن المقاييس التي تحددها الإدارة التقليدية تظل جامدة. أما في عند إتباع أسلوب "هوشين"، فتوضع معايير لقياس مستوى تحقيق الأهداف المرحلية. وعند تحقيق أحد الأهدف، فإنه في الواقع يكون قد تم إنجاز مرحلة واحدة من سلسلة حلقات من المراحل المتتابعة. وعند التمكن من وضع المعايير المناسبة للمستويات المختلفة فإن ذلك يمهد السبيل لتحقيق النتيجة المطلوبة. وعندما تتلاءم المعايير مع الأهداف، فإنه لن تتحقق النتائج فقط، بل سيتم تحقيق أرقاما قياسية في الأداء والإنتاج. يشبه هذا المفهوم التخطيط لرحلة ما أو المشاركة في سباق الماراثون. إذ يزيد احتمال إنهاء السباق إذا كان هدف المتسابق ليس مجرد الوصول لخط النهاية، بل الوصول قبل غيره من المتسابقين. ففي أسلوب هوشين لا تقتصر الأهداف على الوصول فقط، بل الوصول قبل الغير، و الوصول طبقا لخطة محددة. و ادخار الجهد الفائض لقطع مسافة أخرى. لهذا السبب، وعادة ما يرمي أسلوب "هوشين" إلى ما وراء الأداء ويضع مقاييس أداء مناسبة لكل مستوى من المستويات الإدارية والتنفيذية بالمنظمة. وحينما تتمكن الإدارة العليا من تمرير الأهداف السنوية الجديدة ومعايير قياسها إلى المستويات الأدنى تتحول الاستراتيجيات إلى خطط عمل واقعية. وتتغير معايير قياس الأداء لتلائم المستويات المختلفة، بحيث يتمكن الموظفون من مراقبة النتائج والسلوك بطريقة واضحة. كما يترجم كل هدف بالمستوى الأعلى إلى

واحد أو أكثر من الأهداف الفرعية، مع تخصيص مؤشر لقياس مدى تحقيق كل هدف فرعى. وهكذا يتم الربط بين الأهداف والاستراتيجيات.

الخطوة السابعة : قياس الأداء :

بعد بناء وتحديد المعايير ومقاييس الأداء يحدد المديرون الأسس والكيفية التي يمكن من خلالها قياس الأداء . ويميل معظم المديرين إلى الاستعانة بالبيانات الكمية والاعتماد عليه في عملية القياس ، فهي من وجهة نظرهم ذات علاقة مباشرة بالمعايير هذا إلى جانب إمكانية تطبيقها بسهولة واستخلاص النتائج المحددة منها .

إن قياس الأداء يشير إلى قياس درجة الكفاية والكفاءة في إنجاز الأعمال في كل المجالات (النتائج) طالما أن هناك صورة واضحة لأنماط الأداء المطلوبة ، وكما في الخطوة السابقة الخاصة بتحديد المقاييس الرقابية في المجالات المختلفة فإنه من المطلوب أيضاً في هذه الخطوة اختيار الطريقة والكيفية المناسبة للقياس بحيث تناسب المجال المراد قياس الأداء فيه ويمكن القيام بعملية قياس الأداء من خلال الملاحظة الشخصية أو من خلال التقارير .

٤) أسلوب فايفر للتخطيط الاستراتيجي Pfeiffer :

يعتبر أسلوب فايفر أو فيفر الذي اقترحته شركة فيفر الأمريكية –حيث وجدته أسهل في الفهم وأكثر عملية في التطبيق –من الأساليب الناجحة في تطبيق عمليات التخطيط الاستراتيجي ، ويقوم هذا الأسلوب علي عدة مراحل منهجية ، وعلى الرغم من أن تصميم هذه الخطوات يبدو بشكل خطي ، إلا أن التطبيق لا يمضي دائما بطريقة خطية. ويتم هذا الأسلوب بشكل ديناميكي ويحتاج إلي مرونة كبيرة في التطبيق من قبل المخططين بدلا من الالتصاق مع الخطوات بشكل جامد. وبالإضافة إلى ذلك، فإن مراعاة الاعتبارات البيئية يعد أمرا حتميا (الأنشطة التشريعية والسياسية والإقتصادية والتكنولوجية والإجتماعية ، تغيير الأنظمة علي سبيل المثال)، ويتعين علي المسئولين بالمنظمة المراجعة المستمرة والدراسة والتحليل لجميع المجالات والنواحي في جميع مراحل عملية التخطيط، لضمان فعالية عملية تطبيق التخطيط الاستراتيجي.

ويقترح فايفر وزملاءه J. William Pfeiffer, Leonard D. Goodstein, and Timothy Nolan of University Associates, Inc. الخطوات التالية لتطبيق عمليات التخطيط الاستراتيجي : Model The Applied Strategic Planning، ويوضح الشكل التالي خطوات التخطيط الاستراتيجي تبعا لأسلوب فايفر .

١. Planning to Plan

٢. Values and Culture
٣. Mission Formulation
٤. Strategic Business Modeling
٥. Performance Audit
٦. Gap Analysis and Closure
٧. Integrating Action Plans
٨. Contingency Planning
٩. Implementing Your Plan

مع ضرورة الاهتمام بدراسة العوامل المتعلقة بالمدخلات والمخرجات علي النحو التالي :

- Application Considerations/Outputs الاعتبارات المتعلقة بالتطبيق (المخرجات)
- Environmental Monitoring/Inputs دراسة العوامل البيئية (المدخلات)

و يكون النموذج العام لهذا النظام (مراحله) كالتالي :

١- التخطيط للخطة .
٢- استعراض القيم والمبادئ الثقافية.
٣- صياغة الرؤية والرسالة .
٤- صياغة استراتيجيات الأعمال : المجالات - الوحدات - المؤشرات - الآليات.
٥- تقييم الأداء (أي دراسة الواقع) .
٦- تحليل الفجوات والسعي لسدها .
٧- صياغة خطط العمل الرئيسية .
٨ - وضع الخطط البديلة والموقفية.
٩- تنفيذ الخطة

ويمكننا التعرض لهذه المراحل بشيء من التفصيل علي النحو التالي :

أولا : التخطيط للخطة :

وفي هذه المرحلة يقوم فريق التخطيط الاستراتيجي بالاشتراك مع الإدارة العليا في المنظمة، وتشمل هذه المرحلة اتخاذ القرارات بشأن من سيشاركون في العملية، كم من الوقت سيستغرق، والذين يؤدون بعض المهام أو الأدوار، وغيرها الموضوعات والقضايا المحورية . ومن ثم فإنه قبل عمل أي شيء لابد أن نخطط للتخطيط وان نضع شروطا قبل كل شيء ، ومن النتائج المتوقعة لهذه المرحلة :

١- تحديد أعضاء الفريق و درجة مساهماتهم وأدوارهم .

٢- تحديد المؤثرين والمتأثرين لهذا العمل (stakeholder) أي الذين سوف نتعامل معهم سواء كانوا رجال أعمال أو الحكومة أو العملاء ، أو الموردين والممدين أو الأعلام والعلاقات العامة والاجتماعية ، وغيرهم ممن لهم صلة وتأثير على المنظمة.
٣- الوعي بالبيئة التنافسية من خلال تحديد المنافسين ودرجة منافستهم وتأثيراتها.
٤- تبني نموذج فايفر للتخطيط الاستراتيجي وبيان الخطوات التالية بدقة ووضوح.
٥- تحديد نوع المعلومات المطلوبة للخطة وطريقة جمعها.
٦- تحديد نوع الدعم المطلوب من قيادة المنظمة .
٧- تحديد المدة الزمنية اللازمة للخطة ولعملية التخطيط مع البرمجة الزمنية.
٨- تحديد المتطلبات الإدارية والبشرية والفنية.
٩- الاتفاق على المنتج النهائي لعملية التخطيط.
١٠- تهيئة المنظمة لعملية التخطيط الاستراتيجي.

ثانيا : استعراض القيم المشتركة :

تتضمن هذه المرحلة شقين: **الأول**، نظرة على القيم من أفراد فريق التخطيط **والثانية**، إلقاء نظرة على القيم الحالية للمنظمة، وكيفية بلورة هذه القيم أو عرضها على الموظفين والدوائر المختلفة. ويمثل ذلك جزءا مهما من عملية التخطيط الاستراتيجي، لأن القيم التي تم تبنيها واعتناقها تؤثر بشكل مباشر على ما سوف أو لن يتم إنجازه ضمن وحدة العمل.

وفي ضوء ما سبق فإن استعراض القيم والثقافة يعني دراسة وتحليل التوجهات لهذه المنظمة مثل : الصدق - الإبداع - الطموح - الإتقان - التمييز وأيضا استعراض ثقافة المنظمة مثل : القوة - الإنجاز - العلاقات - اللوائح والنظام ولابد من وجود هذه الثقافات الأربع في أي منظمة.

ومن النتائج المتوقع استخلاصها من هذه المرحلة :

١. المقارنة بين القيم الفردية السائدة .
٢. الاتفاق على القيم التنظيمية المشتركة.
٣. بيان عن القيم التنظيمية.
٤. فهم واستيعاب الثقافة التنظيمية والتعرف علي أبعادها وتأثيراتها.

ثالثا : صياغة رؤية ورسالة المنظمة

الرؤية هي صورة المنظمة عما سيكون عليه الحال في المستقبل البعيد أي بعد ٢٥ سنه مثلا أي بعد عدد من السنوات ، ومن مصادر الرؤية القيم المشتركة السابق تناولها

في المرحلة السابقة ، وتكمن أهمية الرؤية في أنها تصور يجمع بين الحلم والحقيقة ، الواقع والخيال يخترق به الأفراد حجب الزمن البعيد، ومن صفات الرؤية الجيدة :
١- المبادرة القيادية. ٢- مشاركة الأفراد في صياغتها .٣- أن تكون شمولية .٤- تصاغ بلغة ايجابية .
٥- أن تكون واضحة للكل.٦- أن تكون طموحة.٧- مختصرة يسهل حفظها .٨- تعكس تفرد المنظمة .
٩- أن تكون مكتوبة١٠- أن تكون معلنة

أما صياغة رسالة للمنظمة كأحدي المراحل المهمة لبناء التخطيط الاستراتيجي والتي ستقوم المجموعة بكتابتها ، فيجب أن تحدد بوضوح من خلال الإجابة على ثلاثة أسئلة :١) ما وظيفة المنظمة وعملها الرئيس؟ ٢) ومن الذين ستخدمهم المنظمة؟ و٣) كم من الزمن والموارد مطلوب لتحقيق ذلك ؟ ، إن التعرف على إجابات لهذه الأسئلة غالبا ما يكون من السهل إلى حد ما، ويسهم بيان الرسالة التي ترضي الأطراف المتعددة ذات العلاقة والمنفعة في :
١- تحديد نوع المنتج الذي تقدمه المنظمة .٢- تحديد الأسباب الرئيسية لوجود المنظمة .
٣- تحديد الجمهور المستهدف.٤- تحديد المسارات الرئيسية لتقديم هذه المنتج.

ومن النتائج المتوقع استخلاصها من هذه المرحلة :

١. تحديد مهمة المنظمة الأساسية وما يجعلها مميزة
٢. فهم ما الذي تقوم به المنظمة .
٣. فهم كيفية تنظيم عملها
٤. بيان متفق عليه للرسالة (واضحة وموجزة، واقعية، تعكس القيم والنشاط).
٥. النظر في الآثار الإيجابية والسلبية للأعمال المستقبلية للمنظمة.

رابعا : صياغة استراتيجيات الأعمال وتحديد أهدافها (المجالات – الوحدات – المؤشرات – الآليات)

توضع الاستراتيجيات الرئيسة في هذه المرحلة ، ويتم العمل على استشراف المستقبل، وتحديد الأهداف والتوجهات الاستراتيجية ، وبيان كيفية تحقيق ذلك وكيف أن هذه العناصر تدخل ضمن مهمة للوحدة. كما يتم تحديد معايير اتخاذ القرار في هذه المرحلة. وكذلك تحديد مجالات العمل الرئيسية ومنها :
١- مجالات العمل وغاياتها مثل : التدريب – المنهج – الأنشطة
٢- مؤشرات النجاح لهذا العمل هل هو : ٥٠% أو ٧٥% أو ١٠٠% كنسبة
٣- وحدات التنفيذ المسئولة عن ذلك بالهيكل التنظيمي

ومن النتائج المتوقع استخلاصها من هذه المرحلة :

١. استيعاب المخططين وتفهمهم لعمليات الإبداع والمخاطرة .
٢. تحديد المعايير الحاكمة للنجاح .
٣. فهم واستيعاب المهام الرئيسية / مجالات البرامج
٤. فهم نوع الثقافة المطلوبة لدعم نجاح الاستراتيجية المنشودة .

خامسا : تقييم ومراجعة الأداء :

في هذه المرحلة يتم تقييم أداء الإدارة ، وتبدأ مناقشة نقاط القوة والضعف الداخلية والفرص والتهديدات الخارجية. وتزداد في هذه المرحلة أهمية وسائل الاتصال، وكيفية الحصول على مدي إنجاز المهام، وكيف يتم تخصيص الواجبات وتقييم الإنتاجية.

أي أنه في خطوة فحص الأداء ينظر فريق التخطيط إلى نقاط الضعف ونقاط القوة في كل وحدة وفي كل مؤشر ، وكذلك ينظر في الفرص المتاحة والمخاطر المتوقعة وهذا التحليل يسمى سوات swot

ومن النتائج المتوقع استخلاصها من هذه المرحلة :

١. تحديد الكيفية التي سيتم بها إجراء مراجعة الأداء
٢. التعرف علي نقاط القوة الفرص ونقاط الضعف والتهديدات التي يتعرض لها التنظيم
٣. قياس الأداء الحالي للمنظمة

سادسا : تحليل الفجوات :

تحليل الفجوة هو المقارنة بين رقابة الأداء والتصور المستقبلي. وهنا يتم وضع الخطط لمعالجة أية ثغرات. ويمكن أن تكون هذه المرحلة إيجابية أو سلبية للبعض وخاصة إذا كانت الفجوات كبيرة بين الأداء الحالي والمرغوب.

ويعتبر تحليل الفجوات اختبارا للواقع بمعنى انه مقارنة بين الوضع الحالي لكل مؤشر ولكل وحدة ويبين الوضع المطول حسب الخطة الاستراتيجي ، أي أن يراقب فريق التحليل مراحل هذا التخطيط وان يعمل على سد أي فجوه أو عيب في هذا الخطة .

ومن النتائج المتوقع استخلاصها من هذه المرحلة :

١. تحديد الفجوات بين الأداء الحالي والأداء المطلوب
٢. وضع استراتيجيات من أجل سد الثغرات، مثل توسيع الإطار الزمني، والحد من نطاق الهدف، وإعادة تخصيص الموارد لتركيز الجهد، أو الحصول على موارد جديدة

سابعا : وضع الخطط البديلة (خطط الطوارئ) :

وتشمل هذه المرحلة مراعاة اعتبارات الفرص أو التهديدات التي قد تحدث للخطة الاستراتيجية. وأقرب الأمثلة على ذلك الظروف الاقتصادية المتغيرة ، والتحولات الثقافية

والتكنولوجية. فإن المخططين عليهم وضع مؤشرات وخطط للتعامل مع الحالات الطارئة بناء على العوامل التي يمكن أن تؤثر على المنظمة.
أي وضع خطط بديلة في حالة حدوث أي طارئ على المنظمة ، كالكوارث أو الحروب أو هبوط مؤشر السوق العالمية وان تكون هذه الخطط موجودة وجاهزة ولها قابلية للتطبيق وأيضا تكون عملية.

ومن النتائج المتوقع استخلاصها من هذه المرحلة :

١. فهم نقاط الضعف والتهديدات الأكثر أهمية والمحتملة الداخلية والخارجية، وكذلك الفرص والقوة التي تتمتع بها المنظمة
٢. • فهم الإجراءات التي يجب اتخاذها حيال حالات الطوارئ التي تواجه المنظمة ، ومراعاة تأثير ذلك علي مختلف المجالات .

ثامنا ::تنمية وتطوير وتكامل الخطط وظيفية

وتشمل هذه المرحلة وضع الخطط الوظيفية والميزانيات (عام، وليس مفصلا) من قبل الوحدات والفرق الإدارية بالمنظمة . وتهتم الخطط التي يمكن إدراجها بالموارد المالية والبشرية، والعمليات، وخدمة العملاء والتسويق. وينبغي الانتهاء من الخطط قبل اتخاذ القرارات في الميزانية حتى يمكن تحديد أولويات العمل بها. ثم يتم التحقق من الخطط ومدي تكامله مع القيم التنظيمية ورسالة المنظمة ورؤيتها. ويتطلب العمل في هذه المرحلة اتفاق المجموعة ومراعاة الصالح العام للمنظمة، وتقاسم الموارد ودعم الخطة المعتمدة بشكل متكامل .

ومن النتائج المتوقع استخلاصها من هذه المرحلة :

١. النظر في أولويات احتياجات الهيكل التنظيمي بما يؤدي لنجاح الخطة .
٢. تحديد الوظائف والأنشطة اللازمة لدعم الخطة .
٣. استعراض الموارد العامة (ميزانيات، الموارد اللازمة، الخ.).
٤. دراسة وتحليل أبعاد الصراع المتوقع بين الإدارات والأقسام المختلفة

تاسعا: تنفيذ الخطة

تنطوي المرحلة الأخيرة على تطبيق خطط العمل ودمجها في إطار المنظمة. فالتنفيذ يعد خطوة مهمة من خطوات الخطة الاستراتيجية وخاصة أنه يتطلب التكامل والتنسيق بين الخطط الوظيفية. وإعادة النظر في العملية كلما تطلب الأمر ذلك ، كما يتطلب تواجد نظاما للثواب والعقاب. أخيرا، ينبغي أن تكون خطة المنظمة متسقة مع معتقدات وقيم وثقافة الموارد البشرية بها بما يحفز الأفراد علي العمل.

ومن النتائج المتوقع استخلاصها من هذه المرحلة :

١. خلق خطة اتصالات لتعزيز الخطة الاستراتيجية ومراعاة كافة الآثار المترتبة.
٢. تحديد أي تغييرات لازمة لدعم هذه الخطة، على سبيل المثال، هيكل إدارة نظام المكافآت، و/ أو نظم المعلومات.
٣. تحديد مدي الحاجة إلي التدريب المستمر والأدوات المطلوبة لإدارة الاستراتيجية.

ملحق الفصل

الخطة الاستراتيجية الخمسية للإدارة العامة للتموين الطبي بالمملكة العربية السعودية من مارس ٢٠٠٥ حتى مارس ٢٠١٠

الإدارة العامة للتموين الطبي هي واحدة من أهم الإدارات في وزارة الصحة بالمملكة العربية السعودية نظراً لدورها الحيوي في تأمين الموارد والمستلزمات الطبية اللازمة للمنشأة الصحية من أجل تشغيلها بكفاءة وفعالية وكذلك للمستهلك السعودي.

وتعتبر ميزانية الإدارة أكبر ميزانية في وزارة الصحة حيث أنها تتجاوز ٦ر١ بليون ريال. بالإضافة إلى تسليم مسئولية الإدارة إلى مسئول قام بأعداد رسالة ورؤيا جديدة للإدارة وكذلك الأولويات الاستراتيجية .

يعمل لدى الإدارة أكثر من (١٥٠) موظف، يقومون بالمهام المرتبطة بإدارة التموين الطبي، وكذلك يوجد (٢٠) إدارة فرعية بالإضافة ألي امتلاك الإداراه وتشغيلها لعدد كبير من المخازن الطبية ومستودعات الأدوية مركزيا وطرفيا بالمناطق الصحية المختلفة.

الرسالة:

تأمين وتوفير الدواء الفعال والتجهيزات الطبية الحديثة للمستفيدين بصورة سليمة وبكفاءة عالية وجودة.

الرؤية:

الريادة الفعالة الكفؤة للتموين الطبي بالقطاع الصحي بالمملكة العربية السعودية.

القيم:

الطموح أن يتميز نظام التموين الطبي بالأتي:

- السلامة.
- مبني على البراهين (الدلائل).
- الحالة الفنية.
- سهولة المنال.
- الفعالية.
- التوفر .
- الكلفة الفعالة.
- سهل الحصول عليه.

تحليل جوانب القوة والضعف والفرص والمخاطر(SWOT ANALYSIS):

جوانب الضعف:(WEAKNESS)

- السياسات والإجراءات
- الوصف الوظيفي

- تكنولوجيا المعلومات ونظم المعلومات الصحية.
- نظام التخزين
- نظام المتابعة
- الهدر
- الفائض
- قلة الانضباط
- عدم كفاية التدريب
- خبرات الموظفين
- قلة المتخصصين
- عدم كفاية في التوثيق
- قاعدة معلومات غير فعالة.
- ضعف المسئولية على المستوى الطرفي
- عدم رضا وظيفي
- قلة الرضي لدى المستهلكين والمستفيدين
- مخازن ومستودعات طبية غير مناسبة في بعض المناطق
- عدم كفاية وعدم مناسبة نظام نقل التموين الطبي

جوانب القوة(STRENGTHES)

- استقرار وزيادة الميزانية
- خبرة الإدارة المركزية وبعض الإدارات الطرفية
- دعم القيادات العليا بالوزارة
- الاتصالات مع الموردين
- تعتبر الإدارة حجر الأساس (الزاوية) لوزارة الصحة

الفرص:(OPPORTIUNITIES)

- دعم والتزام عالي من الإدارة العليا
- قيادة جديدة
- المقارنة المرجعية
- الميزانية المتزايدة
- خصوبة نظام توعية المرضى
- زيادة المنافسة بين الشركات و التموين الطبي
- زيادة إمكانية تطبيق تكنولوجيا المعلومات في المستشفيات والمراكز الصحية

المخاطر:(THREATS)

- قلة الوعي لدى المستهلكين، وسائل الإعلام، الموردين وكذلك الكادر الصحي تجاه نظام التموين الطبي

- التطابق (التساوي) بين العرض والطلب
- زيادة عدد المستشفيات و المراكز الصحية بميزانية ثابتة
- زيادة عدد السكان بميزانية ثابتة
- كثافة الرعاية الصحية
- إدراك وفهم المستهلكين لمسئولية الإدارة
- التزام الموردين.

العناصر الحرجة(CRITICAL ELEMENTS)

- الوعي/الإدراك
- الالتزام
- الرضا
- الاستخدام الأمثل للموارد
- التكنولوجيا
- البنية التحتية (البناء التحتي)
- التدريب
- الخبرة الداخلية
- المسئولية/السمعة
- البناء على البراهين

الاستراتيجيات:

الاستراتيجية الأولى: تحسين درجة الوعي لدى العملاء الداخليين والخارجيين بشأن التموين وتوفير الأدوية والمستلزمات الطبية

- عمل منهج توعوي موجه لتوضيح دور ومسئوليات نظام التموين الطبي (Mss)
- استخدام قنوات اتصال مختلفة لنشر هذا المنهج إلى الفئة المستهدفة
- تقوية العلاقات وتحسينها باتجاه المستهلكين ، مصادر الأعلام، الموردين والكادر الصحي

الاستراتيجية الثانية: تحسين معادلة العرض والطلب لتتوافق مع احتياجات وتوقعات المستهلكين

- تقييم وتحسين مستوى الرضاء لدى كلا من العملاء (الداخليين والخارجين)
- تحديد وتطبيق الآلية المناسبة لاختيار البدائل والفرص
- تحديد وتطبيق وسائل فعالة للمواءمة مع متطلبات المستهلكين
- تحديد وتطبيق وسائل فعالة لتوفير الاحتياجات اللازمة

الاستراتيجية الثالثة: إدخال جودة تكنولوجيا المعلومات لتطوير أداء نظام التموين الطبي

- تقييم نظام تكنولوجيا المعلومات المستخدم حالياً وتحديد الفجوات للتحسين والتطوير أو التغيير إن لزم الأمر.

- بناء قاعدة معلومات فعالة لتطوير المخزون والاستخدام الأمثل للأدوية والمستلزمات الطبية.
- تحسين الطريقة التي يتم بها الحصول على المعلومات عن جميع عناصر نظام التموين الطبي بطريقة سهلة.
- تطوير طرق الاتصال/التواصل بين الإدارة العمة مركزياً وطرفياً مع الإدارات الأخرى.
- البدء في تحويل إجراء العمل بالتموين الطبي من نظم ورقي إلى نظام إلكتروني للوصول إلى إدارة إلكترونية
- إدخال نظام التعامل الإلكتروني بين نظام التموين الطبي والموردين الخارجيين.

الاستراتيجية الرابعة: تطوير التعليم و المهارات لموظفي نظام التموين الطبي من خلال:

- إعداد برنامج مكثف للتدريب على رأس العمل للموظفين عن نظام التموين الطبي عامة.
- رفع المستوى التعليمي لموظفي التموين الطبي الحاليين من خلال الابتعاث الداخلي والخارجي.
- إعداد برنامج فعال للتعليم المستمر فعال لتطوير موظفي التموين الطبي.

الاستراتيجية الخامسة: إيضاح شامل للتموين الطبي من خلال مسئولياته وقدراته وانجازاته من خلال:

- تطوير الوصف الوظيفي المناسب لجميع موظفي نظام التموين الطبي.
- تشجيع كل موظف لأداء عمله بفاعلية وكفاءة.
- زيادة التسويق (للتعريف) بالتموين الطبي من خلال وسائل الإعلام المحلية والعملاء الخارجيين.
- إعداد نظام للتقدير والشكر والحوافز للموظف المثالي .. إدارة التموين الطبي المثالية ... المنطقة المثالية ... إلخ .

الاستراتيجية السادسة: إستخدام نظام لاختيار أفضل الطرق للاستخدام الأمثل للموارد البشرية الفاعلة والإمكانيات المتاحة لتتوافق مع احتياجات المستهلك ومخرجات التموين الطبي:

- إعداد خطة تطبيقية للاستخدام الأمثل للموارد البشرية سواءً الموجودة أو المطلوبة مع التركيز على السعودة.
- تحديد أماكن الموارد البشرية المناسبة على أساس المؤهلات والاحتياج
- إعادة توزيع القوى العاملة المؤهلة بناءً على الاحتياج والمؤهل
- تمييز واختيار الأنسب من الموردين للأدوية والمستلزمات الطبية لتتوافق مع احتياجات المستهلك.
- طلب الميزانية والحفاظ على استثمارها للتوافق مع التزامات واحتياجات التموين الطبي.

الاستراتيجية السابعة:تقوية التزام الموردين للتعليمات والتزامات العقود لنظام التموين الطبي.

- تقوية نظام فعال للحوافز لتشجيع التزام الموردين.
- تقوية نظام فعال للعقاب للموردين الغير ملتزمين.
- تطبيق وسائل مراقبة صارمة للعقود لتحقيق جودة المنتج، قصر الوقت، تخفيض التكاليف، المسئولية.
- تقوية العلاقات بين وزارة الصحة والموردين.

الاستراتيجية الثامنة:عصرنة ورفع البنية التحتية الطبيعية الموجودة وتوسعة المصادر الضرورية للتوافق مع زيادة الطلب وتحسين التوزيع السيئ للمنتجات.

- تحديد شامل للاحتياجات من البنية الطبيعية الموجودة لنظام التموين الطبي.
- تأمين تمويل للتوسعة الضرورية، للتطوير ورفع البنية الموجودة المشتملة على المخازن ومستودعات الأدوية.
- تحسين الإدارة والتنظيم بزيادة كفاءة التخزين وتوزيع الأدوية والتجهيزات الطبية.

الاستراتيجية التاسعة:اختيار وبناء كوادر داخلية وخبرات سعودية في علم وفن نظام التموين الطبي.

- تأمين تمويل لجذب الخبرات الداخلية والاستشارات لرفع خبرة السعوديين في تكنولوجيا نظام التموين الطبي.
- التحديد والمشاركة في زيارات دراسية ميدانية لمراكز نظام التموين الطبي المتميزة حول العالم.
- تشجيع الموظفين السعوديين الأكفاء لزيادة معلوماتهم ومهاراتهم للوصول الى مستوى عالي من الخبرة.

الاستراتيجية العاشرة:تأسيس بيئة داخلية تعتمد على البراهين والجودة الفنية لتنظيم وادارة وتقييم لنظام التموين الطبي لرفع الجودة في وزارة الصحة.

- إدخال الممارسة المبنية على البراهين في إدارة وتنظيم نظام التموين الطبي .
- الاستخدام الأمثل لقواعد المعلومات الدولية الموجودة لاختيار أفضل الطرق لتطبيق نظام التموين الطبي بفعالية وكفاءة
- عمل دراسات حول الاستخدام الأمثل للأدوية على سبيل المثال: الكلفة العالية والقياسات العالية......الخ
- تسهيل تطوير واستخدام أدلة العمل السريرية (أدلة الممارسة الإكلينيكية) في مستشفيات ومراكز الرعاية الأولية في وزارة الصحة .

الاستراتيجية الحادية عشر :تطبيق خطة فعالة لضبط وتحسين الجودة الشاملة لنظام التموين الطبي من خلال :

- إدخال تقنيات إدارة الجودة ومبادئها
- تدريب الموظفين على هذه المبادئ
- وضع معايير مناسبة

- متابعة الالتزام بالمعايير
- تطبيق عمليات تحسين مستمرة

الاستراتيجية الحادية عشرة:

تأسيس برنامج للشراكة المهنية مع الشركات التي تتعامل مع الوزارة في مجالات التموين الطبي المختلفة.

وبناء على العرض السابق لتخطيط الخدمات الصحية يمكن استعراض تفاصيل المشروع المقترح لاستراتيجية تقديم الخدمات الصحية للعشرين سنه المقبلة في المملكة العربية السعودية كمثال تطبيقي لتقديم الخدمات الصحية وهى كما يلي:

إستراتيجية تقديم الخدمات الصحية بالمملكة العربية السعودية في الـ ٢٠ عام القادمة:

أهم التحديات التي تواجه النظام الصحي في المملكة العربية السعودية:هناك تحديات رئيسة مشتركة لابد من مواجهتها والتعامل معها بشكل جدي والتي تبطل مفعول الأسس الاستراتيجية المقترحة للعشرين عاماً المقبلة إذا لم يتم التغلب عليها والحد من خطورتها.. وفيما يلي موجز لهذه التحديات:

١- تغير نمط الأمراض.. المزمنة والمستعصية يشمل جميع الفئات .. نسبة العمر (٧٣) عاما وفي تزايد.. نسبة بلوغ (٦٠ (فأكثر ٤%إلى ٧% وتمثل الأمراض المزمنة عبئا على النظام الصحي.. وحين تتقلص الكثير من الأمراض المعدية.. وتزايد أهمية الأمراض غير المعدية مع مرور الزمن ويتوقع الخبراء أن تمثل أكثر من ٨٠ % من عبء الأمراض على المجتمع (الربو ١٣%)، (ضغط الدم ١١%)، (السرطان ٧٠٠ حالة لكل مليون)، (داء السكري ٢٨%)، (الفشل الكلوي ٧٠٠٠ حالة عام ١٤٢٥هـ عام ١٤٠٧هـ ١٤٧٠ حالة.

٢- تغير نمط أسباب الوفاة كانت الأمراض المعدية والخلقية وسوء التغذية وما حول الولادة فيما مضى أهم أسباب الوفاة... أما في الوقت الحاضر ..القلب الوعائية، الحوادث وما حول الولادة والأورام.. الحوادث عام ١٤٢٤هـ ٥٠٠٠ آلاف وفاة وألف معاق في السنة نفسها.

٣- التحضر – أو تضخم المدن ... زادت نسبة سكان المدن وتضاعف سكان عواصم المناطق والهجر

٤- القوى العاملة السعودية.. النقص العددي في الكادر الطبي والفني .تفاوت الحوافز المتعلقة بالرواتب والمزايا بين القطاعات الصحية.

٥- التمويل والإنفاق: يخصص للخدمات الصحية في ميزانية الدولة نحو ١٠%حسب بيانات وزارة المالية ٢٥/ ١٤٢٦ تتحمل الدولة ٨٠% من تكاليف الإنفاق.

٦- نظام الإدارة والمعلومات:المركزية هي الغالبة في النظام المالي والإداري

٧- الوصول إلى الخدمات الصحية: يصطدم في الكثير ومن مظاهر ذلك (عدم إعطاء الأولويات لفئات المسنين والمراهقين .. الاحتياجات الخاصة)، (ضعف التنسيق وتعقيد الإجراءات) .

الأهداف .. الرؤى والرسالة

تتمثل الرؤية التي تنطلق منها الاستراتيجية للوصول إلى الغايات التالية:

- تحقيق الهدف الصحي العام.
- تحقيق هدف النظام الصحي الذي حددته (المادة الثانية) من النظام بتوفير الرعاية الصحية الشاملة المتكاملة لجميع السكان وتيسير الحصول عليها وتقديمها بطريقة عادلة ومأمونة وبتكلفة معقولة.

الأهداف الاستراتيجية العامة:

- إيجاد روافد تمويلية جديدة لمساندة التمويل الحكومي.
- تطوير نظام المعلومات.
- تنمية القوى العاملة وتطويرها وتوطين الوظائف الصحية.
- تحسين الجودة.
- تفعيل دور وزارة الصحة بالإشراف ومراقبة الأداء.
- تفعيل دور القطاع الخاص واعتباره موازيا.
- تعزيز الصحة بمفهومها الشامل.
- رفع كفاءة الخدمة الطبية والإسعافية.
- توفير وتطوير الرعاية العلاجية والتأهيلية.
- العمل على التوزيع المتوازن للخدمات الصحية جغرافيا.
- البعد الزمني للتنفيذ والمتابعة: تحقيق جميع الأهداف عبر مرحلة زمنية مدتها عشرون عاما .وسيقوم مجلس الخدمات الصحية بمتابعة فاعليتها.

المؤشرات:

- مؤشرات تمويلية.. زيادة نسبة الإنفاق الصحي من الناتج المحلي.. زيادة مساهمة القطاع الخاص.
- مؤشرات خدمية.. توفير طبيب لكل ٥٠٠ من السكان.. السعي إلى توطين الوظائف.. تحقيق معدل أسرة مناسبة.. خفض الاختلاف في معدلات الخدمة الصحية.. توفير فرق إسعافية.
- مؤشرات صحية.. خفض معدل وفيات الأطفال الرضع.. والأمهات.. والحفاظ على خلو المملكة من شلل الأطفال.. القضاء على أمراض الحصبة، الملاريا، الدرن، السرطان، الجهاز الدوري، الحوادث،العمر المأمول ٧٥ سنة.
- مؤشرات هيكلية.. (١) استخدام تقنية المعلومات الصحية.. جميع العمليات التشغيلية الإدارية والمحاسبية والإحصائية. (٢) تطبيق اللامركزية. (٣) تطبيق معايير الجودة.

(٤) تطبيق أساليب حساب التكاليف. (٥) توفير الرعاية الصحية والتربية البدنية والتأهيل لجميع المعاقين. (٦) تفعيل نظام حماية الأفراد من مخاطر التلوث. (٧) وجود سجل صحي وطني لعشرة أمراض شائعة. (٨) مشاركة المجتمع. (٩) التنسيق لتقديم الخدمات وتوزيع الموارد بين الجهات الصحية.

الأسس الاستراتيجية:

الأساس الاستراتيجي الأول: (التمويل)

التمويل.. الهدف الأخذ بأسلوب تعدد مصادر تمويل الأنشطة الصحية إلى موارد الميزانية العامة للدولة. وتتمثل أهم سياسات وآليات التنفيذ في هذا الصدد فيما يلي :

١. تطبيق الضمان الصحي التعاوني كأحد الروافد مع الأخذ في الاعتبار التدرج والضمان أثناء مراحل التطبيق.

٢. زيادة الموارد المالية للمرافق الصحية الحكومية ، من خلال قيام المستشفيات بتقديم الخدمات العلاجية للمستفيدين والتعاقد مع المؤسسات الصحية الخاصة للاستفادة من بعض الخدمات الصحية الحكومية. واستثمار منشآت لتحقيق موارد مثل الإعلانات والتأجير.

٣. تفعيل النشاط الأهلي الخيري وأموال الأوقاف ، من خلال تعاون وزارة الصحة مع وزارة الشؤون الإسلامية والأوقاف ومع وزارة الشؤون الاجتماعية ، وتشجيع جمعيات المساعدة الذاتية والعمل التطوعية.

٤. ترشيد الإنفاق الحكومي، من خلال الاهتمام بالرعاية الأولية.. العيادات ..الصحة المدرسة. متابعة التطبيق الجيد لنظام الإحالة.وتوحيد قياس الخدمة التشخيصية والعلاجية

٥. تظل الميزانية العامة ممولا رئيسيا للخدمات الصحية الحكومية، مع الأخذ في الاعتبار وجود مصادر متنوعة ، إلا أن الميزانية تظل ممولا رئيسيا وخاصة في المجالات الآتية: الرعاية الصحية الأولية ، الإسعافية ، الوقائية.. المعاقين.. برامج مكافحة الأمراض المعدية وغير المعدية ، العلاجية، الصحة النفسية ، التدريب والتعليم والأبحاث والجودة وقياس الأداء.

الأساس الاستراتيجي الثاني: نظم المعلومات في القطاعات الصحية وتهدف إلى توفير نظم وقواعد بيانات صحية وإدارية ومالية حديثة مدعمة بالتقنيات المتطورة ، وتتمثل أهم سياسات وآليات التنفيذ في هذا الصدد فيما يلي :

١. إعطاء الأولية للتدريب وبناء الكوادر المتخصصة.
٢. التأكيد على وجود مراكز معلومات لكل قطاع صحي.
٣. إنشاء مركز وطني للمعلومات الصحية.
٤. التنسيق مع القطاعات الصحية على إنشاء سجلات وطنية.
٥. إنشاء مركز وطني للبحوث الصحية.

الأساس الاستراتيجي الثالث: القوى العاملة وحفظ حقوقهم :الهدف إعداد وتنمية القوى العاملة الصحية كماً ونوعاً بما يحقق للقطاع الصحي أعلى جودة وأكفأ استخدام وذلك للاكتفاء الذاتي من العاملة الوطنية. وتتمثل أهم سياسات وآليات التنفيذ في هذا الصدد فيما يلي :

١. العمل على زيادة القوى الوطنية في المجال الصحي:
٢. التوسع في برامج التأهيل والتدريب الصحي المستمر للقوى العاملة الصحية باعتبارها ذات أولوية وعنصرا أساسيا لتحقيق الجودة الشاملة للخدمات الصحية.
٣. التنسيق والتكامل بين مختلف الجهات التي تقدم الرعاية الصحية:
٤. إتباع منهجية فعالة ومرنة لاستقطاب الكفاءات والخبرات من مختلف فئات القوى العاملة الصحية.
٥. حفظ حقوق العاملين في المجال الصحي .

الأساس الاستراتيجي الرابع: الإدارة والتشغيل: الهدف تطوير نظم الإدارة والتشغيل في المرافق الصحية بما يلائم طبيعة الخدمات الصحية من حيث كونها حيوية ومباشرة وتستدعي سرعة اتخاذ القرار وكفاءة الأداء وتقليص الإجراءات لغرض إتاحة الخدمة وتقديمها بشكل جيد وفعال ، وتتمثل أهم سياسات وآليات التنفيذ في هذا الصدد فيما يلي :

١. الأخذ بمنهج اللامركزية في الإدارة وتفويض أكبر قدر ممكن من الصلاحيات والمهام التنفيذية للمسئولين والقياديين في المناطق والمستشفيات التابعة لوزارة الصحة والجهات الصحية الأخرى.
٢. توفير مقومات النجاح لأسلوب الإدارة اللامركزية .

الأساس الاستراتيجي الخامس: دور وزارة الصحة والجهات الصحية الحكومية الأخرى والهدف قيام وزارة الصحة بتأدية المهام التي حددها النظام الصحي باعتبارها المسئولة عن توفير الرعاية الصحية وتتمثل أهم سياسات وآليات التنفيذ في هذا الصدد فيما يلي :

١. أولاً: دور وزارة الصحة مع مراعاة المهمات المنوطة بالجهات المعنية الأخرى.
٢. دور الجهات الصحية الحكومية الأخرى.. تقوم الجهات الحكومية الأخرى بدورها في تقديم الخدمات الصحية في نطاق أهداف القطاع الذي ترتبط به.
٣. دور وزارة الصحة.. بمشاركة الجهات الحكومية والأهلية في موسم الحج والعمرة.

الأساس الاستراتيجي السادس: القطاع الخاص: الهدف تعزيز دور القطاع الخاص الصحي عن طريق تحقيق التكامل التام مع القطاع الحكومي في تقديم الخدمات الصحية ، وتتمثل أهم سياسات وآليات التنفيذ في هذا الصدد فيما يلي :

١. تشجيع مشاركة القطاع الخاص في الإدارة والتمويل .

٢. تفعيل دور القطاع الخاص الصحي في تقديم الخدمات الصحية يجعل له دورا أساسيا موازيا لدور الدولة.

الأساس الاستراتيجي السابع:الرعاية الصحية الأولية: الهدف اعتبار خدمات الرعاية الصحية الأولية التي تقدمها وزارة الصحة والقطاعات الصحية الأخرى بما فيها القطاع الخاص – حجر الزاوية في النظام الصحي ، وتتمثل أهم سياسات وآليات التنفيذ في هذا الصدد فيما يلي :

١. تقوية البنية التحتية للرعاية الصحية الأولية من حيث المباني والتجهيزات والقوى العاملة بما يجعلها قادرة على إقناع المراجعين لها بإمكانياتها والقيام بوظائفها واكتشاف بؤر الأمراض وحماية السكان منها والحجاج والمعتمرين والزوار .
٢. ثانيا: رفع كفاءة الأداء في المراكز الصحية.
٣. ثالثا: تحقيق الشمولية والتكامل في خدمات الرعاية الصحية الأولية.. بما يجعلها صمام الأمان في النظام الصحي.

الأساس الاستراتيجي الثامن:الخدمة الإسعافية: الهدف.. رفع مستوى كفاءة الخدمات الطبية الإسعافية بما يجعلها تغطي كافة المهام والأنشطة.. وتلبي الاحتياجات في جميع الأحوال (العادية والكوارث). وتتمثل أهم سياسات وآليات التنفيذ في هذا الصدد فيما يلي :

١. تطوير القدرات الوطنية في مجالات التأهب لمواجهة الكوارث وإدارتها والحد من آثارها بما في ذلك الآثار الصحية والنفسية والاجتماعية والمادية.
٢. تعزيز قدرات هيئة الهلال الأحمر السعودي:
٣. تعمل هيئة الهلال الأحمر السعودي على تفعيل النشاط الأهلي وتنمية الوعي الاجتماعي التطوعي لدى المواطنين .
٤. تركيز الاهتمام بتطوير إمكانيات أقسام وخدمات الطوارئ بالمستشفيات والمراكز الصحية.

الأساس الاستراتيجي التاسع:الرعاية العلاجية والتأهيلية... الهدف.. تهيئة المستشفيات لتقديم أرقى خدمة تشخيصية وعلاجية طبية ممكنة حسب مستوى الخدمة لكل مستشفى وجعلها متاحة للمرضى ، وتتمثل أهم سياسات وآليات التنفيذ في هذا الصدد فيما يلي :

١. الرعاية الصحية العلاجية.
٢. الرعاية الصحية التأهيلية.

الأساس الاستراتيجي العاشر: توزيع الخدمات الصحية.. الهدف تحقيق توزيع متوازن للخدمات الصحية بما في ذلك الخدمات التخصصية جغرافياً وسكانياً بما يلبي الاحتياجات الصحية الحقيقية لكافة أفراد المجتمع في جميع مناطق المملكة.. والعمل على تقليص الفوارق إلى أدنى حد ممكن في المعادلات الخدمية للسكان بين المناطق مع أخذ في الحسبان مشاركة جميع القطاعات في

شبكة تقديم الخدمات الصحية وفق معايير يعتمدها مجلس الخدمات الصحية ويتابع تطبيقها..
السياسات وآليات التنفيذ:

١. مراجعة توزيع المرافق والخدمات الصحية بين المناطق نفسها وبين المدن والأرياف وقياس التفاوت بينها في معدلات الخدمة .
٢. إنشاء المرافق الصحية الجديدة وفق معايير تراعي الكثافة السكانية والطبيعة الجغرافية والحالة الصحية.
٣. تطبيق نظام الإحالة من المركز الصحي وبين أقرب مستشفى في الوحدة الإدارية.
٤. العمل على أن تتوفر في المنطقة الواحدة والمحافظة حسب الاتساع الجغرافي والكثافة السكانية ومستوى الخدمة الصحية التي يمكن الإحالة منها وإليها.
٥. تطبيق وزارة الصحة نظام القطاعات الصحية الذي يحقق الربط والتكامل بين مستويات الخدمة الصحية في الوحدة الإدارية المحلية.

الأساس الاستراتيجي الحادي عشر: ضمان جودة وكفاءة أداء الخدمات الصحية وتقويمها دورياً.. الهدف تقديم خدمات صحية وقائية وعلاجية وتأهيلية ملائمة كماً ونوعاً، وأداؤها بكفاءة وضمان ملائمة تأهيل العاملين في مراكز ومؤسسات الرعاية الصحية للوفاء بمتطلبات العمل الصحي ، وتتمثل أهم سياسات وآليات التنفيذ في هذا الصدد فيما يلي :

١. تبني مفهوم تحسين الأداء وتجويد الخدمات كأسلوب عمل في كافة المرافق الصحية.
٢. إجراء تقويم دوري لمستوى كفاءة المنشآت والعاملين فيها.

الأساس الاستراتيجي الثاني عشر: حماية المرضى وحفظ حقوقهم.. الهدف حفظ حقوق المرضى وحمايتهم من الممارسات الصحية الخاطئة وتتمثل أهم سياسات وآليات التنفيذ في هذا الصدد فيما يلي :

١. التأكد من كفاية وكفاءة الخدمات المقدمة للمرضى من قبل جميع العاملين في المؤسسات الصحية الحكومية وغيرها.
٢. تمكين جميع المحتاجين للخدمات الصحية من الوصول إليها.
٣. إعداد وتدريب العاملين في المجالات الصحية على التعامل مع المرضى.
٤. مراعاة القواعد المنظمة لإجراء البحث العلمي على الإنسان أو جزء منه.
٥. التأكد من الالتزام بأصول ومقتضيات التعامل المهني مع المرضى.



الفصل الحادي عشر

الخطة الإستراتيجية لوزارة الصحة بالمملكة العربية السعودية

بقراءتك لهذا الفصل يمكنك الإلمام بالموضوعات التالية :

- مقدمة :لماذا هذه الإستراتيجية؟
- الجزء الأول :ملامح الوضع الصحي الراهن
- الجزء الثاني :تحليل مواطن القوة والضعف والفرص والتحديات
- الجزء الثالث :بناء الإستراتيجية
  - -الرؤية
  - -الرسالة
  - -القيم
  - -محاور الإستراتيجية
  - -الأهداف الإستراتيجية، السياسات وآليات التنفيذ
- الجزء الرابع :جدول البرامج
- الجزء الخامس : المشروع الوطني للرعاية الصحية المتكاملة والشاملة

المملكة العربية السعودية
وزارة الصحة

الخطة الإستراتيجية
1431 -1440-هـ

مقدمة :لماذا هذه الإستراتيجية؟
الجزء الأول :ملامح الوضع الصحي الراهن
الجزء الثاني :تحليل مواطن القوة و مواطن الضعف والفرص والتحديات
الجزء الثالث :بناء الإستراتيجية58

- الرؤية
- الرسالة
- القيم
- المحاور الإستراتيجية

الجزء الرابع :الأهداف الإستراتيجية، السياسات وآليات التنفيذ
جدول البرامج
الجزء الخامس : المشروع الوطني للرعاية الصحية المتكاملة والشاملة

مقدمـــــــــة

هذه الوثيقة تمثل الإستراتيجية الخاصة بوزارة الصحة في المملكة العربية السعودية للسنوات العشر القادمة (١٤٣١-١٤٤٠هـ/ ٢٠١٠-٢٠٢٠م) تأتي هذه الإستراتيجية بشكلها الحالي متسقة ومتناغمة مع استراتيجية الرعاية الصحية في المملكة والتي تمت المصادقة عليها بقرار مجلس الوزراء الموقر رقم 320 وتاريخ١٧/٩/١٤٣٠هـ ومنذ بدء خطط التنمية في المملكة العربية السعودية قبل أربعين عاما، كان تحسين خدمات الرعاية الصحية المقدمة لمواطني المملكة خياراً استراتيجياً تبنته القيادة الرشيدة حفظها الله، ويتجسد هذا الاهتمام بالتنمية الصحية في المادة الحادية والثلاثين من النظام الأساسي للحكم التي أكدت على عناية الدولة بالصحة العامة، وتوفير الرعاية الصحية لكل مواطن، وهو ما أكدته كذلك خطط التنمية الثمان السابقة التي انطلقت جميعها من مفهوم واحد وهو توفير مقومات الرعاية الصحية التي تلبي احتياجات السكان في كل أرجاء المملكة.

إن وزارة الصحة ومنذ إنشائها عام ١٣٧٠هـ وحتى اليوم، ظلت هي الجهة الأولى المسئولة عن توفير خدمات الرعاية الصحية العلاجية والوقائية لسكان المملكة العربية السعودية، ولقد قامت الوزارة بالكثير مما نجد الآن أثره الإيجابي على الوضع الصحي العام في المملكة ومجيئها متقدمةً في العديد من المؤشرات الصحية على كثير من دول العالم، وهي وإن كانت قد تمكنت بفضل الله ثم بتوافر الدعم المتواصل من لدن الحكومة الرشيدة من بناء الآلاف من المرافق الصحية المختلفة عبر ستة عقود مضت، إلا انها وهي تراجع نفسها اليوم تجد أن هناك نواحٍ كثيرة في منظومة الخدمات الصحية التي تقدمها يعتريها القصور، فهناك على سبيل المثال لا الحصر نقصٌ في توفر الأسرة، وطول في مواعيد الانتظار، وتدنٍ في مستويات الجودة، علاوة على ضعف البنية التحتية لكثير من المرافق الصحية التي لا تتوزع على الدوام بشكل يراعي ديموغرافية السكان، وهذا كله يأتي مع عدم وضوحٍ في الرؤية والتخطيط الاستراتيجي القائم على دراسة الحاضر واستقراء المستقبل بطريقةٍ علميةٍ تعتمد لغة الأرقام والإحصائيات، والحقائق المبنية على المسوحات الصحية، والدراسات الميدانية، ثم يأتي فوق هذا وذاك شحٌ في الموارد البشرية المؤهلة ربما هو أكثر ما تحاول وزارة الصحة اليوم معالجته وتصحيحه.

إن هذه الخطة الإستراتيجية تأتي استجابةً لمجموعةٍ من التحديات الكبيرة التي يواجهها قطاع الرعاية الصحية في مختلف دول العالم ومن بينها المملكة، حيث تشهد الساحة لدينا نمواً كبيراً في مستوى وعي المتلقي للخدمة وثقافته الصحية وارتفاع سقف توقعاته المتمثل في تطلعه المتزايد إلى خدماتٍ صحيةٍ يستطيع الوصول إليها بسهولة ووفق معايير جودة عالية، هذا بالإضافة إلى ما يشهده قطاع الصحة في العالم كله من تحدياتٍ أخرى عديدة ، مثل ارتفاع تكاليف الخدمات الصحية الناتج عن التطور التكنولوجي الطبي المتسارع في مجال الأجهزة والمعدات والتقنيات الطبية المتقدمة والباهظة الثمن، والاكتشافات المتواصلة للعديد من الأدوية مرتفعة الكلفة، وكذلك ارتفاع تكاليف الكفاءات البشرية المؤهلة تأهيلاً عالياً وصعوبة استقطابها، وهذا كله في مواجهة موارد

محدودة، وتنامٍ كبير في الطلب على الخدمات الصحية، تدفعه عوامل كثيرة منها النمـو السـكاني المتزايد بمعدلات عالية، وتصاعد نسبة المسنين الذين تتوقع الإحصاءات أن يفوق تعدادهم المليوني نسمة بحلول عام 1440هـ وما سيتبع ذلك من تزايد الطلب على خدمات الرعاية الصحية المتعلقة بعلاج أمراض الشيخوخة المختلفة مثل أمراض القلب والشرايين، والأمراض العصبية، والجلطات الدماغية والأمراض المزمنة الأخرى مثل الفشل الكلوي والسكري وغيرها من الأمراض التـي تحتاج إلى رعايةٍ طبية متواصلة لفترات طويلة.

لقد تم الاعتماد في إعداد هذه الإستراتيجية على الكثير من الوثائق والدراسـات والأبحـاث المتخصصة في المجال الصحي، إضافة إلى العديد من المقابلات الشخصية، وورش العمل التـي مرت بها أثناء إعداد مكوناتها الأولى، علاوة على ما تم استخلاصه من ملاحظـات واقتراحـات وردت إلى الوزارة من جهاتٍ وهيئاتٍ عديدة، إضافة إلى الكثير من المقـالات المتعلقـة بالشـأن الصحي.

تحتوي الأجزاء المقبلة على استعراض لملامح الوضع الصحي الراهن، يليه شرح لمـواطن القوة والضعف لدى وزارة الصحة، وكذلك الفرص والتحديات التي تواجهها، ثـم بنـاء الخطـة الاستراتيجية عن طريق تحديد مضمون الرؤية والرسالة ومنظومة القيم والمبادئ الأساسية التـي تحكم العمل في الوزارة، ومن ثم تحديد الأهداف الإستراتيجية الرئيسية التي ترمي هذه الاستراتيجية إلى تحقيقها من خلال الكثير من السياسات وآليات التنفيذ والبرامج والمبادرات، كما سيرد إيضاحه لاحقاً.

الجزء الأول: ملامح الوضع الصحي الراهن

النشأة والبناء التنظيمي :

كانت البدايات الفعلية لتقديم خدمات الرعاية الصحية في المملكة عقب إنشاء المديرية العامة للصحة والإسعاف في عام 1344هـ، ومن ثم تحويل مسماها لاحقاً إلى وزارة الصحة في عام ١٣٧٠هـ بموجب المرسوم الملكي رقم 8697 / 11 /5 لكي تتولى مسؤولية تقديم الخدمات الصحية لسكان المملكة العربية السعودية ممثلة في خدمات الرعاية الوقائية، والعلاجية، والتأهيلية، والتعزيزية، والمحافظة على الصحة العامة بما يتماشى مع مبادئ الشريعة الإسلامية، وأخلاقيات المهنة ومن خلال رفع مستوى الوعي الصحي، والإرتقاء بمستوى ونوعية الخدمات والنظم الصحية وتحسين أدائها وجودتها، وتحقيق العدالة في توزيع الخدمات الصحية كماً ونوعاً في مختلف مناطق المملكة.

وقد أشارت المادة الخامسة من النظام الصحي إلى مسؤولية وزارة الصحة عن توفير الرعاية الصحية، وأن عليها على وجه الخصوص الالتزام بما يلي:

١. تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية.
٢. توفير خدمات الرعاية الصحية في المستشفيات والمراكز العلاجية الثانوية والتخصصية.
٣. إعداد الإحصاءات الصحية والحيوية، وإجراء الدراسات والأبحاث العلمية وتحليلها والاستفادة منها.
٤. وضع الإستراتيجية الصحية والخطط اللازمة لتوفير الرعاية الصحية.
٥. وضع البرامج لإعداد القوى العاملة في المجال الصحي وتطويرها بالتعاون مع الجهات ذات العلاقة.
٦. وضع التعليمات والاشتراطات الخاصة بمنع دخول وانتشار الأمراض المعدية، والأمراض الوبائية والمحجرية، والإبلاغ عنها، والعمل على مكافحتها أو القضاء عليها، مع تطبيق الإجراءات الوقائية والعلاجية اللازمة.
٧. وضع الضوابط والاشتراطات اللازمة للترخيص للمؤسسات الصحية الخاصة والعاملين بها، ومراقبة نشاطاتها وجودة أدائها.
٨. وضع قواعد ومعايير الجودة النوعية للرعاية الصحية وضمان تطبيقها.
٩. التأكد من الممارسة الصحيحة للمهن الصحية ومدى التزام العاملين بقواعد المهنة وأخلاقياتها.
١٠. العمل على وضع القواعد المنظمة لإجراء الأبحاث والتجارب الطبية والدوائية.
١١. وضع الخطط والبرامج لنشر التوعية الصحية الشاملة على مستوى المجتمع.

١٢. التعاون والتنسيق مع الدول والمنظمات الإقليمية والعالمية في مجـالات الصـحة العامـة والرعاية الصحية.

يرتكز البناء التنظيمي لوزارة الصحة اليوم على وكالة الوزارة للشؤون التنفيذيـة، ووكالـة الوزارة للتخطيط والتطوير، وتندرج تحتهما تخصصات الطب العلاجـي، والطـب الوقـائي، وتطوير القوى العاملة، والتخطيط والبحوث، والمختبرات وبنـوك الـدم، وتقنيـة المعلومـات، وضمان الجودة، والعديد من الإدارات الأخرى التي تختص بتنظيم تقـديم الخـدمات الصـحية بمستوياتها المختلفة، والإشراف على المرافق الصحية للقطاع الخاص، وغير ذلك. وفي المناطق المختلفة للمملكة يتم تمثيل الوزارة من خلال ثلاث عشرة مديرية عامة للشؤون الصحية تتـوزع على المناطق الإدارية الرئيسية في المملكة، ويتبعها سبع مديريات أخرى، وبذلك فـإن خـدمات الوزارة منتشرة في كافة أرجاء المملكة من خلال عشرين مديرية للشؤون الصحية. تقـدم وزارة الصحة خدمات الرعاية الأولية من خلال شبكة واسعة من مراكز الرعايـة الصـحية الأوليـة المنتشرة في كل أنحاء البلاد، وتقدم كذلك الرعاية المتخصصة بجميع مسـتوياتها مـن خـلال مستشفياتها العامة، والتخصصية، والمدن الطبية، وأهلية العلاج مفتوحة لكل مـواطني المملكـة العربية السعودية والمقيمين العاملين في القطاع الحكومي، أما العاملون في المؤسسات والشـركات الخاصة فيتم علاجهم في مستشفيات القطاع الخاص من خلال برنامج تأمين صحي يشرف عليـه مجلس الضمان الصحي التعاوني.

المؤشرات الديموغرافية

ارتفع إجمالي السكان حسب التعدادات الرسمية الأربعة التي نفذتها المملكة من نحـو 7 ملايـين نسمة في عام 1394 هـ 1974 م إلى نحو 16.9 مليون نسمة في عام 1413 هـ 1992 م، ثـم إلـى نحو 22.67مليون نسمة في عام 1425 ه 2004 /م، وفي عام 1431 ه 2010 /م وبحسب بيانات مصـلحة الإحصاءات العامة والمعلومات، وصل إجمالي السكان إلى نحو27.١٣٦.٩٧٧ مليون نسمة.

أن عدد السكان السعوديين خلال عام 1431 هـ قد بلغ 18.7 مليون نسمة، بنسـبة مئوية تصل إلى 69% من إجمالي السكان، فيما بلغ عدد الأخوة المقيمـين 8.4 مليـون نسمة. وباستعراض التعدادات الأربعة السابقة، يتضح أن تعداد المواطنين السعوديين قد ارتفع من 6.2 مليون إلى 12.3 مليون ثم إلى 16.5 مليون خلال الأعـوام - 1394 1425 - 1413هـ حتى وصل إلى مستواه الحالي 18.7 مليون نسمة، أما بالنسبة للمقيمين من غير السعوديين، فقد ارتفع عددهم من 0.8 مليون إلى نحو 4.6 مليون، وإلى نحو 6.14مليون خلال نفس الفترة، حتى وصل إلى مستواه الحالي 8.4 مليون نسمة.

من جهة أخرى، نجد أن متوسط معدل النمو السنوي للمواطنين السعوديين قد انخفض من٣.٩% إلي ٢.٥% إلي ٢.٢% في المتوسط سنوياً خلال الفترات الزمنية الثلاث الآنفة الذكر، ويعزى ذلك إلى انخفاض معدلات الإنجاب للنساء السعوديات خلال السنوات الأخيرة أو ما يعرف بمعدل الخصوبة الكلي، وذلك لأسباب عديدة لعل من أهمها زيادة الإقبال على أساليب تنظيم الأسرة، وارتفاع معدلات العنوسة، ومعدلات الطلاق، وارتفاع سن الزواج، وارتفاع مستوى تعليم المرأة، وأسباب اقتصادية أخرى .

ويمكن القول على وجه العموم بأن المملكة العربية السعودية تتميز بمعدلات نمو سريعة لأعداد السكان تتراوح ما بين 2.2 –٣% سنوياً، وبأخذ المتوسط الحسابي لهذين الرقمين فإن متوسط النمو الإجمالي للسكان هو 2.6 %، ويأتي هذا مع تزايد الفئة العمرية لمن تجاوز سن الستين، وكل ذلك يعود إلى تأثير معدل الخصوبة المرتفع نسبياً عند مقارنته بدول العالم الأخرى،وكذلك تحسن المؤشرات الصحية عموماً والتي هي انعكاس لارتفاع مستوى الخدمات الصحية المقدمة.

أما بالنسبة للتركيب العمري للسكان السعوديين، فقد انخفضت نسبة الفئة العمرية(أقل من 15 عاماً) من إجمالي السعوديين من نحو 49.2 %(في عام 1413 ه 1992 /م إلى نحو 40.4 %(في عام 1425 ه 2004 /م، ثم عادت لتنخفض أكثر إلى حوالي 32 % في عام 1431 ه ، وفي المقابل ارتفعت نسبة السعوديين في فئة العمر 64 - 15 عاماً من 47.5 % إلى 56 % ثم 64.9%من إجمالي السعوديين خلال المدة نفسها.

كذلك وصلت نسبة السعوديين الذين تجاوزت أعمارهم الستين عاماً إلى 4.39 % من إجمالي السكان لعام 1431 ، أي ما مجموعه 1.190.000 نسمة، صعوداً من % 4.1 عام1425 أي ما مجموعه 970.000 نسمة، ويتوقع أن تصل النسبة إلى 6.7 بالمائة من إجمالي السكان في عام 1440بأعداد تصل إلى 2.2 مليون نسمة أي ضعف ما هي عليه اليوم، ومعلوم ما تمثله هذه الفئة من زيادة في عبء الأمراض المزمنة على النظام الصحي إجمالاً، حيث تتطلب هذه الأمراض بالتحديد رعاية تشخيصية وعلاجية طويلة الأجل وأدوية مرتفعة الثمن مما ينعكس في النهاية على زيادة الطلب على خدمات الرعاية الصحية ورفع فاتورة التكلفة العلاجية.

المؤشرات الصحية

تمثل المؤشرات الصحية وصفاً عددياً بسيطاً وواضحاً وقابلاً للقياس، يختص بجانب أو أكثر من الجوانب الصحية المتعلقة بالفرد أو بالمجتمع عموماً .وتستخدم هذه المؤشرات لأغراض عديدة، مثل تحديد الملامح الأساسية لصحة المجتمع أو ما يعرف بالصحة العامة، أو تحديد التغير الحاصل في الجوانب الصحية المختلفة المتعلقة بالفرد والمجتمع، وكذلك تحديد مدى نجاح البرامج

الصحية العلاجية منها والوقائية، ومدى وصولها إلى الأهداف التي وضعت من أجلها، وهي بهذا تمثل علامات على طريق تحديد الأهداف الصحية للمجتمعات.

تستخدم المؤشرات الصحية كثيراً لعقد المقارنات بين الوضع الصحي الحالي والهدف المقرر عددياً لفترة مستقبلية، وكذلك المقارنة بين نفس المجموعة السكانية في فترات زمنية مختلفة، أو المقارنة بين الوضع الصحي لمجموعات سكانية مختلفة داخل البلد الواحد، أو المقارنة بين البلدان المختلفة، وتكون المؤشرات عادة على شكل نسب مئوية أو معدلات أو على شكل أرقام مطلقة.

ويندرج تحت المؤشرات الصحية العناصر التالية:

١. مؤشرات توزيع الخدمات الصحية.
٢. مؤشرات الرعاية الصحية الأولية.
٣. مؤشرات الرعاية الصحية المتخصصة(المستشفيات.)
٤. مؤشرات الأمراض المعدية.
٥. مؤشرات الوفيات.
٦. مؤشرات الموارد الصحية البشرية.
٧. المؤشرات الموارد الاقتصادية.

مؤشرات توزيع الخدمات الصحية

تتولى وزارة الصحة مسؤولية المحافظة على الصحة العامة وإدارة وتخطيط وتمويل الرعاية الصحية الأولية والتخصصية في مراكز الرعاية الأولية والمستشفيات التابعة لها، إلى جانب خدمات المختبرات وبنوك الدم، كما توفر وزارة الصحة الجزء الأكبر من إجمالي الخدمات الصحية المقدمة في المملكة بنسبة 60 %، وتوفر الجهات الصحية الحكومية الأخرى ما نسبته 20%بينما يوفر القطاع الخاص النسبة المتبقية 20 %

تتكون الجهات الصحية الحكومية الأخرى مما يلي:

- الخدمات الطبية للقوات المسلحة.
- الخدمات الطبية بوزارة الداخلية.
- الشؤون الصحية للحرس الوطني.
- المستشفيات الجامعية.
- مستشفى الملك فيصل التخصصي بالرياض وجدة.
- المستشفيات التابعة للهيئة الملكية للجبيل وينبع.
- المستشفيات التابعة لشركة أرامكو السعودية.
- المرافق الصحية التابعة لوزارة التربية والتعليم ووزارة الشؤون الاجتماعية.

مؤشرات الرعاية الصحية الأولية:

1-مراكز الرعاية الصحية الأولية:

تشمل الرعاية الصحية الأولية النشاطات الوقائية والعلاجية والتطويرية والتأهيلية التي تقدمها مراكز الرعاية الصحية الأولية المنتشرة في جميع أنحاء المملكة، والتي ارتفع عددها في السنوات الخمس الأخيرة من 1848 مركزا في عام 1425 ليصل إلى 2037 مركزا في عام 1430 .

2-خدمات الرعاية الصحية الأولية:

حققت النشاطات المتعددة لخدمات الرعاية الصحية الأولية العلاجية والوقائية والتعزيزية والتأهيلية تحسناً ملموساً، وانعكس ذلك على الحالة الصحية لسكان المملكة، ومن ضمن تلك النشاطات البرامج التالية التي ليست إلا أمثلة ضمن برامج أخرى كثيرة تشملها برامج الرعاية الصحية الأولية:

2-1 برنامج رعاية الأمومة والطفولة
2-2 البرنامج الوطني لتشخيص وعلاج الربو
2-3 برنامج مكافحة الالتهابات التنفسية الحادة
2-4 برنامج رعاية مرضى الأمراض المزمنة

مؤشرات الرعاية الصحية المتخصصة(المستشفيات:)

قامت وزارة الصحة بالتوسع في تقديم الرعاية العلاجية بجميع مستوياتها وفي جميع التخصصات كماً وكيفاً، فقد تم افتتاح 20 مستشفى خلال عام 1430 فقط تتوزع بين الإحلال لمستشفيات قديمة 7 (مستشفيات)، وإنشاء مستشفيات جديدة 13 (مستشفى)، بسعة إجمالية تصل إلى 1836 سريراً، وبذلك ارتفع عدد المستشفيات من 231 مستشفى عام 1429 إلى 244 مستشفى بنهاية عام 1430، كما ارتفعت الطاقة الاستيعابية لمستشفيات الوزارة من 31720 سريراً إلى 33277 سريراً خلال نفس المدة، وتهدف الوزارة خلال السنوات الخمس القادمة إلى الانتهاء من تنفيذ 117 مستشفى تضم 22372 سريراً، منها 56 مستشفى جديداً تضم ما يزيد عن 14000 سرير، و 61مستشفى إحلال تضم 8139 سريراً موزعة على جميع مناطق المملكة.

تنقسم المستشفيات التابعة للوزارة حسب السعة السريرية إلى ثلاث فئات رئيسية :

- المستشفيات الكبيرة فئة 500 سرير فأكثر.
- المستشفيات من فئة 500 - 50 سرير.
- المستشفيات الصغيرة فئة 50 سريراً.

إن نسبةً عاليةً من مستشفيات الوزارة 46 % هي مستشفيات صغيرة من فئة خمسين سريراً، يبلغ تعدادها 114 مستشفى من أصل 244 مستشفى، وتتركز في المدن الصغيرة والمناطق البعيدة، وسوف يأتي النقاش لاحقاً على شرح التحديات التي واجهت الوزارة في سبيل تشغيل هذه الفئة من

المستشفيات، أما المستشفيات الكبيرة فتمثل 14مستشفى وبنسبة مئوية تصل إلى 6 % من إجمالي مستشفيات الوزارة:

وتحتوي فئة المستشفيات الكبيرة على المدن الطبية الثلاث التابعة لوزارة الصحة وهي:

- **مدينة الملك فهد الطبية بالرياض** وتحتوي على 1100 سرير، وتُعد من أكبر المدن الطبية المستقلة في الشرق الأوسط وتضم المستشفى الرئيسي، ومستشفى النساء التخصصي، ومستشفى الأطفال، ومستشفى التأهيل، كما يوجد بالمدينة أربعة مراكز هي :مركز الأمير سلمان لطب وجراحة القلب، ومركز العلوم العصبية، ومركز الأمير سلطان لأمراض الدم والأورام، والمركز التخصصي للسكري والغدد الصماء.
- **مدينة الملك عبد الله الطبية بمكة المكرمة**، وقد صممت بسعة سريرية تصل إلى 1500سرير، منها 500 سرير للمستشفى التخصصي، و 500 سرير لمستشفى النساء والولادة والأطفال، والباقي خصص للمراكز التخصصية وسيتم إضافتها لاحقاً، ويحتوي المستشفى التخصصي على جميع التخصصات الطبية العامة والدقيقة، إضافة إلى 10 غرف عمليات رقمية تعد الأحدث من نوعها في مجال تصميم غرف العمليات.
- **مستشفى الملك فهد التخصصي بالدمام**، وتبلغ السعة السريرية له 640سريراً، ويقدم خدمات طبية تخصصية تختص بأمراض وجراحة الأورام بأنواعها، وأمراض الدم وجراحة المخ والأعصاب وجراحة العمود الفقري والعظام، وجراحة زراعة الأعضاء وغير ذلك من التخصصات الدقيقة.

وبالإضافة إلى هذه المدن الطبية، فهناك مجمع الملك سعود الطبي في مدينة الرياض والذي تم تحويله مؤخراً إلى مدينة طبية تتألف من ثلاثة مستشفيات تضم 1296سريراً، وهي المستشفى العام، ومستشفى النساء والولادة، ومستشفى الأطفال.

مؤشرات الأمراض المعدية:

تستمر جهود وزارة الصحة عاماً بعد آخر في تطوير نظم المراقبة الوبائية للأمراض المعدية بالمملكة والارتقاء بالجهود المبذولة للسيطرة عليها ومكافحتها وصولاً إلى استئصالها والقضاء عليها. ونتيجة لما تم بذله من جهود في السنوات الماضية فإن وبائية العديد من الأمراض المعدية قد انحسرت، حيث شهدت مناطق ومحافظات المملكة عام 1430 ه 2009 م انخفاضاً ملموساً في أحد عشر مرضاً من الأمراض المستهدفة بالتحصين نتيجة ارتفاع معدلات التغطية باللقاحات المختلفة، حيث انخفضت معدلات الإصابة بالدفتيريا إلى صفر لكل مائة ألف من السكان، والسعال الديكي إلى 0.10 ، والكزاز الوليدي إلى 0.02 ، والحصبة إلى 0.32 ، والحصبة الألمانية إلى 0.05، والالتهاب الكبدي(ب)إلى 19.78 ، وانخفض معدل الإصابة بمرض الدرن إلى 15.6

لكل مائة ألف من السكان، نزولاً من 43 حالة في عام1411 كما انحسرت معدلات الإصابة بمجموعةٍ من الأمراض المعدية الأخرى وأهمها:

- الحمى الشوكية.
- الأمراض المتعلقة بصحة البيئة(الدوسنتاريا، التيفوئيد، السالمونيلا، والإلتهاب الكبدي أ.)
- الأمراض الحيوانية المنشأ(الحمى المالطية، داء الكلب.)
- الأمراض المتوطنة : وأبرزها مرض البلهارسيا التي بلغ معدل الإصابة بـها 0.3لكل مائة ألف من السكان وكذلك الملاريا التي تعتبر أحد أهم الأمراض المتوطنة بالمملكة وقدتم القضاء عليها في معظم المناطق وانحصر خطرها حالياً في المناطق الجنوبية الغربية وتم خفض معدل الإصابة بها لكل مائة ألف نسمة من 12 إلى 0.43 ما بين الأعوام 1421 – 1430هـ.

مؤشرات الوفيات:

شكلت الأمراض المعدية، والأمراض الخلقية، وأمراض سوء التغذية، وأمراض ما حول الولادة أهم أسباب الوفاة في المملكة فيما مضى، أما في الوقت الحاضر فتشير إحصاءات مستشفيات وزارة الصحة إلى أن الأمراض القلبية والوعائية كانت السبب فيما نسبته عشرون بالمائة من الحالات 20% تليها حوادث السيارات والإصابات والتسمم بنسبة 19%بينما تؤدي الأورام السرطانية إلى حوالي خمسة بالمائة 5 % من نسب الوفيات، والحالات المرضية التي تنشأ في فترات حول الولادة مثل العدوى وغيرها بنسبة عشرة بالمائة 10 % ، ويتوزع الباقي بين أمراض الجهاز التنفسي والجلطات الدماغية وحالاتٍ أخرى عديدة.

وقد تسببت حوادث المرور منفردةً خلال عام 1428 مثلاً في مقتل حوالي 5000 فردٍ على الطريق، ويزيد العدد إلى ما يقارب 7600 إذا أضيفت حالات الوفاة بعد دخول المستشفى، أي أن هناك ما يقارب 24 حالة وفاة بسبب الحوادث المرورية لكل مائة ألف من السكان، إضافة إلى ما تخلفه هذه الحوادث من حالات إعاقةٍ جسدية متوسطة وشديدة وصلت إلى أكثر من ألف حالة في السنة ذاتها.

مؤشرات الموارد الصحية البشرية:

تشير بيانات القوى العاملة في ديوان الوزارة والمديريات والمرافق الصحية التابعة لهـا إلـى أن المجموع الكلي للوظائف المشغولة على الباب الأول والتشغيل الذاتي يقدر بحوالي مائتين وأربعـة عشر ألف وأربعة وخمسين وظيفة .

وإذا ما أضيفت القوى العاملة الإدارية والفنية التابعة للمدن الطبيـة ومستشـفى الملـك خالـد التخصصي للعيون، يكون إجمالي القوى العاملة لدى الوزارة في كافة المرافق التابعة لها حـوالي 240000موظف وموظفة، يمثل الكادر الصحي منهم ما نسبته 72.6% ، وتصل أعداد الأطباء فيه تحديداً وحسب إحصاءات عام 1430 إلى 25832 طبيباً وطبيبة، يعمل غالبيتهم 85% على الباب الأول من الميزانية، بينهم حوالي 21 % من الأطباء السعوديين، والباقي على برامج التشغيل الذاتي التي يبلغ عددها) 59 (برنامجاً في أكثر من 30 مستشفى ويعمل بها 4115 طبيباً مـن مختلف الفئات، بينهم 640 طبيباً سعودياً بنسبة15،.%

وبالنسبة لفئات التمريض، فقد بلغ العدد الإجمالي للتمريض في مرافق وزارة الصـحة 63297 ممرضاً وممرضة أي ما نسبته 57%من إجمالي فئات التمريض في المملكة.

ويبلغ العدد الإجمالي للمستشفيات التابعة لوزارة الصحة لعام 1430 هـ 244 مستشفى أي ما نسبته 60 %من العدد الإجمالي للمستشفيات في المملكة 406مستشفى وبسعةٍ سريريةٍ تصل إلـى ثلاثةٍ وثلاثين ألف سرير .

وبذلك فإن معدل الأسرّة لكل 1000 نسمة قد بلغ في عام 1430 هـ2.2، أي أن هناك سريراً واحداً لكل 455 نسمة، وهذا مساوٍ للمعدل الموجود في بلدان مجلس التعاون الخليجي لكنه أقل مما هو موجود في الدول المتقدمة .

المؤشرات الاقتصادية

يتم تمويل الخدمات الصحية التي تقدمها الوزارة بشكل رئيسي عن طريق ما يخصص لها من الميزانية العامة للدولة، وهي نسبة ظلت عبر السنوات الماضية تتراوح ما بين -6.5 6% .

وعندما يضاف ما تناله وزارة الصحة من ميزانية إلى الميزانيات التي تمنحها الحكومة للجهات الصحية الحكومية الأخرى، فإن متوسط الإنفاق الحكومي الإجمالي على قطاع الصحة يمثل 8.7 %من إجمالي الإنفاق الحكومي العام وهي نسبة أقل مما هو موجود في الدول المتقدمة كما يبينـه الجدول التالي الذي يقارن نسبة الإنفاق الحكومي على الصحة في المملكة وعدد من دول العالم لعام 1429 ه 2008 م)

خلاصة الوضع الصحي الراهن:

بعد أن تم استعراض ملامح الوضع الصحي الراهن يتضح أن هناك تحسناً كبيراً في العديد من المؤشرات الصحية عبر السنوات الماضية، ويظهر ذلك جلياً في انخفاض معدلات الإصابة بالأمراض المعدية، وانخفاض معدل وفيات الأطفال الرضع والأطفال دون الخامسة ومعدل وفيات الأمومة، يقابله زيادة في العمر المأمول عند الولادة وتحسن كبير بنسب التغطية بالتطعيمات وصل في مجمله إلى حوالي 98 % في عام1430.

وما كان ذلك ليتحقق إلا بفضل الله ثم بفضل الدعم المتواصل الذي قدمته وتقدمه الحكومة الرشيدة لوزارة الصحة، ومعها كافة القطاعات الصحية الأخرى، وفي ظل الدور الذي تلعبه وزارة الصحة بصفتها المقدم الرئيسي لخدمات الرعاية الصحية في المملكة، فإنها تجد نفسها كذلك أمام العديد من التحديات التي تستلزم وضع الخطط الاستراتيجية الكفيلة بمواجهتها، ولعل من أهم تلك التحديات الزيادة السكانية المتواصلة بمتوسط معدل سنوي يصل إلى 2.6% ، وهو من المعدلات العالية عالمياً، مع تزايدٍ في نسبة المسنين، وانتشار لأنماط الأمراض المزمنة والمستعصية، والإصابات والإعاقات الناتجة عن حوادث السيارات، والأمراض النفسية والعصبية، وما يترتب على هذا كله من الحاجة إلى التوسع في بناء المرافق الصحية، ورفع مستوى أدائها فيما يخص نشاطات الطب الوقائي، وخدمات الرعاية الصحية الأولية، والخدمات العلاجية التخصصية، إضافة إلى ضرورة الالتفات إلى الجانب المتعلق بترشيد الإنفاق، والاستخدام الأمثل للموارد، وإيجاد مصادر أخرى للتمويل، إلى جانب الميزانية السنوية التي يتم تخصيصها للوزارة من الميزانية العامة للدولة. كما أن المؤشرات الصحية الأخرى المتعلقة بالموارد البشرية الصحية تظهر أن المملكة لا تزال أقل من المعدلات العالمية التي يأتي في مقدمتها معدل منظمة التنمية والتعاون الاقتصادي الأوروبي فيما يخص معدل الأطباء إلى عدد السكان، ومعدل فئات التمريض، ومعدل أسرة المستشفيات، كما أن نسبة السعودة لا تزال منخفضة، وهو ما يعني الحاجة إلى تعويض النقص الحاصل في هذه المجالات بزيادة أعداد الخريجين من كليات الطب، والتمريض، والعلوم الطبية المساعدة، وكذلك زيادة أعداد الأسرة لا سيما في أقسام الطوارئ والعناية المركزة.

نستعرض في الجزء التالي مواطن القوة ومواطن الضعف والفرص والتحديات التي تواجه الوزارة، بناءاً على استقراءٍ دقيق لما تم عرضه في مناقشة الوضع الصحي الراهن، يلي ذلك ما يتعلق ببناء استراتيجية الوزارة خلال السنوات العشر القادمة انطلاقاً من منظومة متكاملة من الرؤية والرسالة والقيم التي ستحكم العمل فيها.

الجزء الثاني : تحليل مواطن القوة ومـــواطن الضـــعف والفـــرص والتحديات التي تواجه الوزارة

تتمتع وزارة الصحة بالعديد من نقاط القوة ولكنها كذلك تعاني من نقاط ضعف عديـــدة، كمـــا تتوافر لها مجموعة من الفرص التي يجدر بها الاستفادة منها، ويقابلها أيضا مجموعة أخرى مـــن التحديات التي يتعين عليها مواجهتها وإيجاد الحلول الملائمة لها.

مواطن القوة

1. شبكة المرافق الصحية التابعة للوزارة.
2. التوجه الجديد نحو اعتماد معايير الجودة.
3. المدن الطبية.
4. الرغبة في التغيير.
5. التحسن الملحوظ في المؤشرات الصحية.
6. القوة الشرائية للوزارة.
7. المشاريع الكبيرة التي تنفذها الوزارة.
8. الخبرات المتراكمة لدى الوزارة.
9. برامج التشغيل الذاتي.
10. إستراتيجية الصحة الإلكترونية.
11. نجاح تطبيقات نظم المعلومات اثناء موسم الحج.

مواطن الضعف

1. الإفتقار إلى العمل المؤسسي وقياس ومراقبة الأداء.
2. غياب معايير موحدة للجودة.
3. النقص الكمي والنوعي في الكوادر البشرية الفنية والإدارية.
4. تدني إمكانات التعاقد والتوظيف.
5. كبر حجم الوزارة.
6. قلة الموارد المالية.
7. ضعف الاستخدام الأمثل للموارد.
8. ضعف نظام الحوافز والتطوير الوظيفي.
9. قلة الإهتمام بالجانب البحثي والتعليمي.
10. مقاومة التغيير.

11ضعف نظام المعلومات الصحية.
12ضعف البنية التحتية.
13ضعف نظام الإحالة والنقل الاسعافي.
14التركيز على الجانب العلاجي مقابل الجانب الوقائي.

الفرص

1.دعم القيادة الرشيدة.
2.مجلس الخدمات الصحية.
3.برنامج اعتماد المستشفيات.
4.الكادر الصحي الجديد.
5.القطاع الخاص.
6.تطبيقات نظم المعلومات الصحية والاتصالات.
7.تطور التكنولوجيا الطبية.
8.برنامج الحكومة الإلكترونية.
9.التوجه الحكومي نحو العمل بمؤشرات الأداء.
10برنامج خادم الحرمين الشريفين للابتعاث الخارجي.
11علاج اليوم الواحد.

التحديات

1.تصاعد الطلب على الخدمات الصحية.
2.تصاعد تكاليف الخدمات الصحية.
3.تغير أنماط المرض.
4.مساحة وجغرافية المملكة.
5.التقدم التكنولوجي المتسارع في المجال الطبي.
6.ندرة الكفاءات المؤهلة وصعوبة استقطابه.
7.ارتفاع سقف توقعات المواطن.
8.الاعتماد على الميزانية الحكومية.
9.الحج والعمرة.
10عدم وجود بيئة ملائمة في المناطق النائية.
11الإرتباط بالوزارات الأخرى

مواطن القوة

١. شبكة المرافق الصحية التابعة للوزارة

تمتلك وزارة الصحة، بصفتها الجهة الرئيسية المناط بها توفير الخدمات الصحية الحكومية، شبكة ضخمة من المرافق الصحية يصل تعدادها إلى حوالي 2281 منشأة صحية تتوزع على كافة مناطق المملكة بما في ذلك المناطق البعيدة، منها حوالي 244 مستشفى بسعة إجمالية 33277 سريراً و 2037 مركزاً للرعاية الصحية الأولية.

٢. التوجه نحو اعتماد معايير الجودة

تتبنى الوزارة حالياً توجهاً استراتيجياً نحو تطبيق المعايير الحديثة لجودة الرعاية الصحية، وسلامة المرضى، وإدارة المخاطر، مع ضرورة تقييم العمل فيها من خلال تقديم مؤشرات الأداء الموضوعية والإحصاءات المتعلقة بها بصفةٍ دوريةٍ وبشكلٍ شفافٍ وواضح.

٣. المدن الطبية

يوجد لدى الوزارة حالياً أربع مدن طبية هي مدينة الملك فهد الطبية بالرياض، ومدينة الملك سعود الطبية في الرياض كذلك، ومستشفى الملك فهد التخصصي بالدمام، ومدينة الملك عبد الله الطبية في مكة المكرمة، وتنوي الوزارة زيادة عدد تلك المدن الطبية بحيث تكون هناك مدينة طبية في شمال المملكة وأخرى في جنوبها.

٤. الرغبة في التغيير

هناك رغبةٌ واضحةٌ لدى الكثير من منسوبي الوزارة في التغيير الإيجابي، ويظهر ذلك جلياً في تحمس العاملين في الوزارة على اختلاف مستوياتهم إلى التغيير نحو الأفضل من خلال الجهود المبذولة حالياً من قبل المسئولين كلاً حسب موقعه، ورغبتهم القوية والصادقة في المشاركة في جهود التغيير الإيجابي، بعد أن تعززت الثقة لديهم بإمكانية تحقيقه.

٥. التحسن الملحوظ في المؤشرات الصحية

حيث ارتفعت نسبة من أكمل تطعيمه من الأطفال إلى أكثر من 98 %، وانخفضت معدلات الإصابة بالأمراض المستهدفة بالتطعيم كالحصبة والدرن الرئوي انخفاضاً كبيراً، ففي خلال الأعوام الثلاثين الماضية انخفضت معدلات الإصابة بالحصبة مثلاً من 304 حالة لكل مائة ألف نسمة إلى حوالي 0.32 حالة، وانخفضت معدلات الإصابة بالدرن، إضافة إلى خلو المملكة من حالات شلل الأطفال، هذا إلى جانب انخفاض معدلات وفيات الأمهات والرضع والأطفال دون سن الخامسة، وارتفاع متوسط العمر المأمول عند الولادة، وغير ذلك العديد من المؤشرات التي شهدت تحسناً ملحوظاً، الأمر الذي تفخر به وزارة الصحة وتعتبره أحد مواطن قوتها.

٦. القوة الشرائية للوزارة

تعتبر وزارة الصحة السعودية أكبر مشترٍ للمعدات والمستلزمات الطبية والأدوية في منطقة الخليج العربي والشرق الأوسط وهي ميزة توظفها الوزارة لصالحها من أجل التفاوض مع الموردين بغرض الحصول على أسعار تفاضلية تتناسب مع حجم الطلب والاستهلاك السنوي، إضافة إلى خدمات أخرى عديدة يتم تقديمها للمرضى.

٧. المشاريع التي تنفذها الوزارة

تعكف الوزارة حاليا على إنشاء العديد من المرافق الصحية في كافة مناطق المملكة بغرض الوصول بخدماتها إلى أكبر شريحةٍ ممكنة من المستفيدين، وتمثل هذه المرافق أحد أهم مواطن القوة لدى الوزارة إذا ما تم استغلالها بالشكل الصحيح الذي تسعى الوزارة إلى تحقيقه .حيث يبلغ ما تقوم الوزارة بإنشائه حاليا حوالي 162 منشأة صحية.

٨. الخبرات المتراكمة

تمتلك الوزارة خبرة عريضة في العديد من المجالات بحكم أنها كانت ولا تزال عبر السنين الجهة الأولى المنوط بها مسؤولية توفير خدمات الرعاية الصحية لسكان المملكة العربية السعودية، وتتركز تلك الخبرة التراكمية الطويلة في المجالات المتعلقة بالطب الوقائي ومكافحة الأوبئة وتوفير الخدمات الصحية لحشود الحجيج إضافة إلى خبرتها الناتجة عن تجربتها الطويلة في إيجابيات وسلبيات الأساليب المختلفة في إدارة المرافق الصحية التابعة لها.

٩. برامج التشغيل الذاتي

يبلغ عدد برامج التشغيل الذاتي بوزارة الصحة 59 برنامجاً تعمل بها الكوادر التالية:

- الأطباء من مختلف الفئات 5114 طبيباً.
- التمريض 11662 ممرضاً وممرضة.
- الفنيين من حملة الدبلوم 4497 فنياً.
- أخصائي غير طبيب: حملة البكالوريوس في تخصصات الأشعة والمختبر وغيرها 1642 أخصائيا.
- مساعد صحي 615 .

١٠. استراتيجية الصحة الإلكترونية

تعكف وزارة الصحة حاليا على البدء في تطبيق استراتيجيةٍ طموحة للصحة الإلكترونية تعتبر من التجارب الرائدة لوزارات الصحة على مستوى العالم، وتهدف عند الانتهاء منها بعد عدة سنوات إلى ربط جميع المرافق الصحية التابعة لها في شبكة معلوماتية موحدة الغرض منها هو سهولة انتقال

المعلومات والبيانات الصحية الخاصة بالمريض إلكترونياً بين المرافق الصحية على اختلاف مواقعها من خلال توفير ملفٍ إلكتروني موحد لكل مريض على شكل بطاقة إلكترونية صحية تحتوي على كافة البيانات والفحوصات والتاريخ الصحي الخاص به، وكذلك تسهيل التواصل الالكتروني بين الممارسين الصحيين أينما كانوا وما يوفره ذلك من مساهمة فعالة في تحقيق التكامل المنشود بين المرافق الصحية التابعة للوزارة والممارسين الصحيين العاملين.

١١. نجاح تطبيقات نظم المعلومات أثناء موسم الحج

ويتمثل هذا في مشروع مراقبة الأوبئة إلكترونيا والذي طبقته وزارة الصحة لأول مرة وبنجاح باهر خلال موسم حج عام 1430 ، حيث قامت الفرق التابعة للوزارة بتطبيق نظام المسح الميداني باستخدام أجهزة المحمول وبرنامج الوبائيات الحقلي الالكتروني وذلك لنقل البيانات الخاصة بالأمراض والأوبئة وخاصة وباء الأنفلونزا المستجدة وتحليلها باستخدام نظم التحليل الإحصائية الإلكترونية.

مواطن الضعف :

١. الافتقار إلي العمل المؤسسي وقياس ومراقبة الأداء

اتسم العمل في الوزارة ومديريات الشؤون الصحية والمرافق الصحية التابعة لها بالافتقار إلى وجود الكثير من الأدلة الموحدة التي تحوي أنظمة وسياسات وإجراءات العمل بطريقةٍ واضحة ومكتوبة ومفهومة لدى الجميع، كما أن هناك ضعف في تطبيق ما هو موجود من الأدلة والعمل به كأسلوب لممارسة العمل اليومي إضافة إلى حاجة الكثير منه إلى التحديث والتطوير، هذا بالإضافة إلى عدم وضوح الرؤية والرسالة ومنظومة القيم والمبادىء التي قامت من أجلها الوزارة لتكون حاضرة في أذهان منسوبيها طوال الوقت يتمركز حولها أداؤهم وسلوكياتهم، يضاف إلى ذلك ضعف مفاهيم التنسيق والاتصال وتبادل المعلومات والعمل الجماعي القائم على تداول الرأي والبدء من حيث انتهى الآخرون والاستفادة من الخبرات السابقة المتراكمة والابتعاد عن أسلوب القرارات الفردية أو القرارات الارتجالية أو الاجتهادات الشخصية.

٢. غياب معايير موحدة للجودة

على الرغم من الزيادة العددية الكبيرة في المرافق الصحية التابعة للوزارة عبر الخطط الخمسية الثماني السابقة، إلا أن ذلك لم يصاحبه تركيز على وضع وتطبيق معايير موحدة للجودة وذلك لضمان الحصول على خدمات صحية جيدة وآمنة، الأمر الذي أدى إلى كثير من التذمر لدى المستفيدين من الخدمة لا سيما في المدن الصغيرة والمناطق البعيدة يضاف إلى ذلك عدم التركيز على وضع وتطبيق معايير الممارسة السريرية القائمة على البراهين والأدلة ونتائج الأبحاث العلمية.

٣. النقص الكمي والنوعي في الكوادر البشرية الفنية والإدارية :

لا تمتلك وزارة الصحة حالياً العدد الكافي من الكوادر البشرية المؤهلة في جميع التخصصات الطبية والصيدلانية والفئات الفنية المساعدة، وبرغم أن الوزارة توظف النسبة الأكبر من إجمالي القوى العاملة الصحية في المملكة، فلم يتجاوز معدل الأطباء لعام 1430 مستوى 2.18 طبيباً لكل ألف نسمة في حين وصل معدل التمريض إلى4: 1، في تراجع واضح عن المعايير الدولية – يبلغ معدل الأطباء لكل ألف نسمة في دول منظمة التنمية والتعاون الاقتصادي 3.2 ومعدل التمريض 9.66، وتعاني الوزارة كذلك من تدني نسب السعودة لا سيما بين الأطباء السعوديين في كافة التخصصات(لا تتجاوز النسبة 22 %)وخاصة تخصصات طب الأسرة والمجتمع، والعناية المركزة، وطب الأعصاب، والجراحات الدقيقة، والعقم، وغيرها من التخصصات النادرة الأخرى.

٤. تدني إمكانات التعاقد والتوظيف

عانت الوزارة طوال الحقب السابقة من ضعفٍ في قدراتها في مجالات التعاقد والتوظيف، أدى إلى وجود مشكلات في شغل وظائفها الصحية سواء من السعوديين أو من المتعاقدين، ويعود السبب في ذلك إلى أسباب عدة تتركز فيما يلي:

- عوامل متعلقة بضعف الرواتب والحوافز مقارنة بالجهات الحكومية الأخرى والقطاع.
- عوامل متعلقة بتدني كفاءة الأساليب المتبعة في البحث عن الكفاءات المطلوبة في كافة دول العالم، واختيارها واستقطابها للعمل.
- عوامل متعلقة بإحجام العديد من الكفاءات المؤهلة عن التعاقد معها للعمل في المناطق البعيدة والنائية في المملكة .
- عوامل متعلقة بحاجة الوزارة المستمرة لأعدادٍ كبيرةٍ من القوى البشرية الفنية والإدارية.

٥. كبر حجم الوزارة

تعتبر وزارة الصحة السعودية واحدة من أكبر وزارات الصحة في منطقة الشرق الأوسط والعالم من حيث القوى البشرية والمنشآت والمرافق التي تنتشر على مساحات واسعة، وهذا يجعل من الصعوبة بمكان أن تستجيب الوزارة دائماً لكل ما يطرأ على الصعيد الصحي بالسرعةِ المطلوبة. كما يعمل في مرافق الوزارة ما يزيد عن مائتين وأربعين ألف موظف يمثلون خمسةً وثلاثين جنسية مختلفة، ذات خلفياتٍ لغويةٍ وثقافيةٍ وعلميةٍ متباينةٍ، وهذا بحد ذاته يشكل تحدياً كبيراً أمام الوزارة يتمثل في ضمانها التزام الجميع بمعايير موحدة للممارسات الطبية، وتقديم خدماتٍ صحيةٍ بمستوياتٍ جيدة من حيث الجودة وسلامة المرضى.

٦. محدودية الموارد المالية

عانت الوزارة في فتراتٍ عديدة من عدم تناسب ميزانياتها مع الدور المناط بها والمتمثــل بتقــديم الجزء الأكبر من إجمالي الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية) 60%، في الوقت الذي لا يتجاوز نصيبها من الميزانية العامة للدولة 6 % ، وما من شك بأن هذا قد أثر سلباً في قدرة الوزارة على تقديم خدماتها بالمستوى المطلوب الذي يرضى عنه الجمهور دائماً، وقــدرتها علــى تــوفير مستوياتٍ عاليةٍ لعقود التشغيل والصيانة لمعظم مرافقها، في الوقت الذي تشهد فيه تكاليف الرعايــة الصحية ارتفاعاً متواصلاً ويزداد فيه العبء المرضي بمعدلاتٍ متنامية.

٧. ضعف الاستخدام الأمثل للموارد

تتفاقم تحديات التمويل مع غياب التخطيط المسبَق للاستخدام الأمثل للموارد المتاحة، وعدم وجــود ثقافة اقتصاديات الصحة التي تهتم بحساب تكلفة السرير والدواء والعبء الاقتصادي للأمــراض المزمنة على مجمل الفاتورة الصحية التي تدفعها الوزارة. ويتبلور مثال واضح لضعف الاستخدام الأمثل للموارد في الكثير من مستشفيات الوزارة ذات معدلات إلا شغال المتدنية، وهي في معظمها مستشفيات صغيرة من فئة الخمسين سريراً، تمثل ما مجموعه 114 مستشفى أي أنها تشكل 46 % من مستشفيات الوزارة، وتصل نسبة إشغال الأسرة فيها طوال العام ما بين٢٥- 30 % فقط مما يكلف الوزارة مبالغ طائلة لتشغيلها وصيانتها بدون مردودٍ يتناسب مع ما يصرف عليهــا وهــذا يجعلها غير مجدية اقتصادياً وفقاً لكل المعايير .

•

٨. ضعف نظام الحوافز والتطوير الوظيفي

يتفاقم نقص القوى العاملة المؤهلة في مجال الصحة مع تسرّب الموظّفين المؤهلين بســبب عــدّة عوامل منها قلة الرواتب مقارنة مع الجهات الأخرى، وكذلك نقص الحافز الــداخلي والخــارجي (مكافآت – تكريم - ترقية مرتبطة بالأداء)، ويتوجه هؤلاء للعمل في منشآت القطاع الخاص فــي المملكة، أو تجذبهم فرص العمل في الدول المجاورة التي تؤمن مزايا وظيفية أفضل.

٩. قلة الاهتمام بالجانب البحثي والتعليمي

إن قلة الاهتمام بالجانب البحثي والتعليمي هو من مواطن الضعف المهمة لــدى وزارة الصــحة، والحاجة إليه تبرز من خلال مطالبة منظمة الصحة العالمية وغيرها من المنظمات المعنية بصحة الإنسان والبيئة وزارات الصحة في دول العالم ومن ضمنها المملكة بتوفير المؤشرات الصــحية المتعلقة بالوضع الصحي العام ونسب الأمراض المزمنة وغيرها الكثير من المؤشرات التــي يــتم الحصول عليها من خلال الأبحاث والدراسات الميدانية، هذا علاوة على ما تمثله هــذه الأبحــاث والدراسات من أهمية بالغة لتوفير المعلومات المساندة للتخطيط الصحي ورسم السياسات المتعلقة بالصحة وطريقة توزيع الخدمات والموارد على النحو الأمثل.

١٠. مقاومة التغيير

إن التوجه الحالي لوزارة الصحة المتمثل في التخلي عن الأساليب القديمة في العمل، والتي تعتمد على التعامل الورقي والإجراءات الروتينية الطويلة، إلى انتهاج أساليب حديثة تقوم على الاستفادة من تقنية المعلومات بمفهومها الواسع كأداة لتقليص الإجراءات وتحويلها إلى تعاملات الكترونية سريعة مع التحول التدريجي إلى بيئة لا ورقية، هذا بالإضافة إلى توجه الوزارة الحثيث نحو ترسيخ العمل بالمنهج المؤسسي الجماعي القائم على توزيع العمل على إدارات متخصصة ولجان وفرق عمل بحيث تكون مرجعية القرارات فيه للمجموعة وليس للفرد، ويكون أداء العمل فيه من خلال إطار متكامل من النظم والقوانين التنظيمية المحددة التي تراعي مراقبة الأداء والمسؤولية والشفافية.

١١. ضعف توفر البيانات الصحية الدقيقة

تعاني وزارة الصحة والنظام الصحي عموماً في المملكة من ضعفٍ في جمع المعلومات والبيانات الصحية وحفظها وتحليلها وتوزيعها على الجهات المعنية، وعدم وجود الدراسات الصحية الكافية تحت إشراف مركز متخصص في الأبحاث والدراسات المتعلقة بالصحة العامة والوقاية من الأمراض، وكذلك عدم تفعيل سجلٍ صحيٍ وطنيٍ فعال يعنى بقياس نسب الأمراض وانتشارها وتوزيعها الجغرافي.

١٢. ضعف نظام المعلومات الصحية

إن وجود نظام معلوماتٍ صحي قوي من شأنه أن يدعم تشخيص الأمراض وعلاجها بالدقة المطلوبة وكذلك يمنع ازدواجية الخدمات(وبخاصة في وصف الأدوية والفحوص المخبرية والتصوير التشخيصي)، ويساعد في رفع مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى، وأن يكون لدى الوزارة نظام إحالة فعال وسريع للحالات التي تستدعي ذلك، هذا بالإضافة إلى ما توفره نظم المعلومات الصحية من آليات فعالة لقياس ومراقبة الأداء والحصول على المؤشرات الإنتاجية للمرافق الصحية بسرعة وسهولة.

١٣. ضعف البنية التحتية

ضعف البنية التحتية يتمثل في مباني المستشفيات، ومراكز الرعاية الأولية، وإسكان الأطباء، والتمريض، حيث إن نسبة عالية من مراكز الرعاية الصحية الأولية مثلاً تعمل في مقار مستأجرة وغير مصممة أساساً لمثل هذا النشاط ومن ثم لا توفر الإمكانات اللازمة لتقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية على الوجه المطلوب، إضافة إلى أنه لا يتوفر في العديد من هذه المراكز عياداتٍ للأسنان، وأجهزة الأشعة والمختبرات.

١٤. ضعف نظام الإحالة والنقل الاسعافي
تفتقد الوزارة إلى نظام فعال وموحد عند الحاجة إلى إحالة المرضى بين مستويات الرعاية الصحية المختلفة داخل المنطقة الواحدة (من مركز رعاية أولية إلى مستشفى عام ثم إلى مستشفى تخصصي)أو من منطقة إلى أخرى، ويتبع ذلك ضعف نظام النقل الإسعافي عموماء لا من حيث التجهيزات ولا من حيث توفر الطواقم البشرية المؤهلة للتعامل مع الحالات الإسعافية الطارئة قبل الوصول إلى المستشفى.

١٥. التركيز على الجانب العلاجي دون الجانب الوقائي
أشارت المادة الحادية والثلاثون من النظام الأساسي للحكم إلى أن الدولة ممثلة في وزارة الصحة معنية بالصحة العامة والوقاية من الأمراض وما يتبع ذلك من برامج وتطبيقات، ولكن الملاحظ هو عدم تطبيق ذلك على أرض الواقع بالشكل المطلوب، إذ أن هنك نقصاً في برامج الوزارة الخاصة بالاكتشاف المبكر للأمراض، وتثقيف أفراد المجتمع بأنماط الحياة الصحية، والعناية الذاتية بالصحة، إلى آخر ذلك من نواحي الصحة العامة.
الفرص
١. دعم القيادة الرشيدة
يكفل النظام الأساسي للحكم حق المواطن السعودي في الحصول على الرعاية الصحية التي يحتاجها في حالات المرض والعجز والشيخوخة، وقد قامت حكومة المملكة العربية السعودية بإنشاء وزارة الصحة ودعمها بكل ما يمكن من الموارد المادية والبشرية لتحقيق التزامات الدولة تجاه المواطن في هذا المجال.

٢. مجلس الخدمات الصحية
تتمثل رؤية هذا المجلس بمفهومها الشامل في إيجاد إستراتيجية عامة للرعاية الصحية بالمملكة عن طريق وضع وإقرار سياسات التنسيق والتكامل بين جميع الجهات المختصة بتقديم خدمات الرعاية الصحية بما يحقق أهداف النظام الصحي بالمملكة. يوفر هذا المجلس في ظل الدعم المعطى له آلية فعالة لصنع القرار والتنسيق بين كافة القطاعات الصحية، مما يدعم وزارة الصحة لتحقيق مهمتها، وضمان تضافر الجهود وتكاملها عوضاً عن تضاربها، وتطمح الوزارة إلى تعزيز دور هذا المجلس أكثر فأكثر في المستقبل القريب بحول الله.

٣. برنامج اعتماد المستشفيات
يمثل هذا البرنامج فرصة مهمة أمام وزارة الصحة من أجل إقرار ومتابعة تطبيق معايير الجودة في كافة منشآتها وذلك بهدف تحسين الخدمات الطبية المقدمة وضمان سلامة المريض، ويأتي ذلك عن طريق التعاون مع هيئات الاعتماد الداخلية والخارجية بغرض التدقيق في منشآتها واعتمادها، وهو

نهج استراتيجي وافق عليه مجلس الخدمات الصحية واعتمده كإجراء إجباري على جميع المنشآت الصحية بالمملكة، العامة منها والخاصة.

٤. الكادر الصحي الجديد

يمثل هذا الكادر نقلة في سلم رواتب الممارسين الصحيين السعوديين والمتعاقدين، ويقوم في فكرته الأساسية على مبادئ العدل والمساواة في المزايا المادية بين كافة القطاعات الصحية، كما يأخذ بعين الاعتبار الجوانب المتعلقة بالخبرة والندرة والتميز، وهو بذلك يزيد من القدرة التنافسية للوزارة من أجل استقطاب الكفاءات البشرية المؤهلة والمحافظة عليها، ويقلل من هجرة الكفاءات إلى قطاعات أخرى.

٥. القطاع الخاص

تسعى الحكومة إلى تلبية الطلب المتزايد على خدمات الرعاية الطبية من خلال العديد من السياسات والآليات التي يأتي من ضمنها تشجيع وتسهيل مشاركة القطاع الخاص، وبذلك فإن أمام وزارة الصحة فرصة كبيرة للاستفادة من المستشفيات والمراكز الصحية الخاصة من أجل ذلك الغرض، إضافة إلى الفرصة المتمثلة في قدرة الوزارة على أن تعهد لمستشفيات القطاع الخاص ببعض الخدمات الصحية التي قد تشكل عبئاً على الوزارة، مثل خدمات الأشعة والمختبر ومرضى الإقامة الطويلة.

٦. تطبيقات نظم المعلومات الصحية والاتصالات

تشهد صناعة الطب حالياً ثورة كبيرة في مجال نظم المعلومات الصحية، والصحة الإلكترونية، والاتصال الطبي عن بُعد، وهي بذلك تمثل فرصة كبيرة للاستفادة من تطبيقاتها المختلفة في مجال الرعاية الصحية.

٧. تطور التكنولوجيا الطبية

يشهد العالم اليوم ثورة متنامية في مجال صناعة الأجهزة والمعدات والمستلزمات الطبية ذات التقنية العالية، يضاف إلى ذلك الاكتشافات المتوالية في مجال الأدوية والعقاقير، وهي كلها تمثل أسلوباً جديداً في تشخيص الأمراض وعلاجها والوقاية منها، تجدر الاستفادة منه.

٨. برنامج الحكومة الإلكترونية

هناك توجه لدى الدولة نحو تطبيق مفاهيم الحكومة الإلكترونية في كافة مرافقها، ومن ضمنها وزارة الصحة، حيث لا غنى عن ذلك من أجل الدخول إلى بوابة القرن الواحد والعشرين، وهي فرصة كبيرة لدعم الاتجاه الحالي في الوزارة نحو ميكنة العمل والتحول إلى بيئة لا ورقية.

٩. التوجه الحكومي نحو العمل بمؤشرات الأداء

هناك اهتمام متزايد لدى الدولة بضرورة تطبيق مؤشرات الأداء والقياس والتقييم الموضوعي لمخرجات الخدمة التي تقدمها كافة مرافق الدولة، وهو توجه يتماشى مع رغبة الوزارة في انتهاج هذا الأسلوب وتعميمه على كافة مرافقها كذلك.

١٠. برنامج الابتعاث الخارجي

يقصد بالابتعاث الخارجي إتاحة الفرصة لمنسوبي وزارة الصحة ممن هم على رأس العمل للالتحاق ببرامج دراسية وتدريبية خارج المملكة، وقد شهدت أعداد المبتعثين ارتفاعا بنسبة 200 %خلال السنوات الأربع الأخيرة، حيث ازداد العدد من 135 مبتعثاً عام 1427 إلى 400 مبتعث عام 1430 ، كما تستفيد الوزارة من برنامج خادم الحرمين الشريفين للابتعاث الخارجي الذي يقوم بابتعاث عشرات الآلاف من المواطنين الراغبين في إكمال تعليمهم في الخارج.

١١. التوجه نحو علاج اليوم الواحد

تعزز في السنوات الأخيرة مفهوم علاج اليوم الواحد في العديد من دول العالم المتقدمة، حيث يتم فيه تنويم المريض في المستشفى لإجراء عملية جراحية معينة أو إجراء غير جراحي معين على أن يخرج المريض من المستشفى ويعود إلى بيته في نفس اليوم بعد فترة إنعاش تطول أو تقصر حسب الحالة.

التحديات

١. تصاعد الطلب على خدمات الرعاية الصحية

يمثل ارتفاع الطلب على خدمات الرعاية الصحية بشكل مضطرد، واحداً من أبرز التحديات التي تواجه وزارة الصحة، وهو ارتفاع تدفعه العديد من العوامل الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية ومن أبرزها:

- تزايد أعداد السكان حيث يتجاوز عدد سكان المملكة اليوم 27 مليون نسمة ومن المتوقع أن يرتفع إلى ما يزيد عن 33 مليون نسمة بحلول عام 1440 بمعدل تزايد سنوي يصل إلى.2.6 %
- تزايد نسبة المسنين حيث من المتوقع أن يتجاوز العدد مليوني مسن بحلول عام 1440 أي ضعف ما هو عليه اليوم.
- تطور الوعي الصحي لدى أفراد المجتمع بأهمية العناية بالصحة وإجراء الفحوصات الدورية.
- التغير المستمر في نمط الأمراض المتمثل بزيادة معدلات الإصابة بالأمراض المزمنة التي تتطلب عناية أطول وكلفة أكثر.

٢. تصاعد تكاليف خدمات الرعاية الصحية

يشهد القطاع الصحي في العالم أجمع تنامياً في تكاليف خدمات الرعاية الصحية مما يستلزم من الحكومات زيادة الإنفاق على هذا القطاع، حيث نجد أن معدل الإنفاق على الفرد في الولايات المتحدة الأمريكية في عام 2002 م قد تجاوز 5267 دولاراً تلتها ضمن القائمة سويسرا بمعدل إنفاق فردي وصل إلى 3445 دولاراً، وقد كان ثلث تلك النفقات لتغطية تكاليف الأدوية وحدها.

هذا وتعود أسباب ارتفاع فاتورة التكاليف إلى جملة من العوامل أهمها:

- التطور المتواصل في التقنيات والتكنولوجيا الطبية التشخيصية والعلاجية
- الارتفاع المتواصل في أسعار الأدوية بشكل عام وعلى الأخص الأدوية الحديثة والباهظة الثمن.
- تصاعد تكاليف توظيف الكوادر الصحية عالية الكفاءة الناتج عن شحٍ واضحٍ في تلك الكفاءات ليس فقط على المستوى الوطني بل وحتى العالمي.
- تزايد الطلب على خدمات الرعاية الصحية من قبل جميع الفئات العمرية في ظل الزيادة المطردة في عدد السكان وغيرها من عوامل ارتفاع الطلب.
- تراجع أداء المرافق الصحية القديمة المتهالكة وما يتطلبه ذلك من مشروعاتٍ للتحديث والإحلال.
- ارتفاع تكاليف إنشاء وتشغيل وإدارة المستشفيات.
- عدم وجود طرق فعالة لتقليص الإنفاق الصحي.

٣. تغير أنماط المرض

على الصعيد العالمي حدث تحول كبير خلال العقود الثلاثة الماضية في نموذج العبء العالمي للمرض في معظم البلدان المتقدمة، ويتجلى ذلك في تزايد أعداد الأشخاص الذين يعانون من الأمراض المزمنة، حيث أسهمت تلك الأمراض في عام 2002 م وحده على سبيل المثال في حدوث ما يقارب 62% من مجموع الوفيات على مستوى العالم التي بلغت 32 مليون وفاة، وشكلت آنذاك نسبة 44% من العبء العالمي للمرض حسب إحصائيات منظمة الصحة العالمية.

٤. مساحة وجغرافية المملكة

المملكة دولةٌ مترامية الأطراف، تمتد على مساحةٍ شاسعةٍ تتجاوز المليوني كيلومتراً مربعاً، ويوجد بها ما يزيد على ألفي قريةٍ وهجرة، تقطنها تجمعات سكانية صغيرة ومتناثرة على مسافاتٍ متباعدة، إضافة إلى ما تختص به جغرافيتها من تباين كبير في التضاريس(صحاري، وديان، جبال، سهول ساحلية)وظروفٍ مناخيةٍ تتميز عموماً بالحرارة العالية وقلة الأمطار، وكل ذلك يمثل بالطبع تحدياً كبيراً أمام الجهات التي تتولى إعداد وتنفيذ ومتابعة خطط التنمية ومن ضمنها البرامج والمشاريع الصحية، من أجل إيصال الخدمات الصحية لكل المواطنين أينما كان تواجدهم.

٥. التقدم التكنولوجي المتسارع في المجال الطبي

يشهد القطاع الصحي في عالم اليوم ثورة متنامية في مجال صناعة الأجهزة والمعدات والمستلزمات الطبية ذات التقنية العالية، يضاف إلى ذلك الاكتشافات المتوالية في حقل الأدوية والعقاقير، والطرق الجديدة في مجال تشخيص الأمراض وعلاجها والوقاية منها، فنجد أن دول العالم اليوم تتسابق في مجالات التقنية الطبية التي يندرج تحتها .

والأمثلة على تلك المستجدات التي تتوالى في كل سنةٍ، بل في كل شهر، لا حصر لها، وهي حالياً تمثل تحدياً كبيراً أمام وزارة الصحة من أجل دراستها وحصر تطبيقاتها وإمكانية الاستفادة منها وتنظيم الأبحاث المتعلقة بها.

٦. ندرة الكفاءات المؤهلة وصعوبة استقطابها

إن مشكلة ندرة الكفاءات المؤهلة وصعوبة استقطابها هي مشكلةٌ عالميةٌ لا تختص بها المملكة العربية السعودية فقط إذ أصبحت الكفاءات البشرية المؤهلة تأهيلاً عالياً عملة صعبة ضمن بيئةٍ تدور فيها المنافسة على أشدها من أجل جذب تلك الكفاءات وتقديم كافة المغريات لها للعمل لديها.

٧. ارتفاع سقف توقعات المواطن

هناك نمو ملحوظ في الثقافة الصحية لدى الناس عموماً والمرضى منهم على وجه الخصوص، ويعود هذا إلى عدة عوامل منها ارتفاع مستويات التعليم، والاستخدام المتزايد لخدمات الشبكة العنكبوتية وما توفره من معلومات، والسفر إلى بلدان العالم الأخرى والاطلاع على ما تقدمه من خدمات صحية.

٨. الاعتماد على الميزانية الحكومية

يعتبر محور التمويل من أهم المحاور التي يرتكز عليها أي نظامٍ صحي، بل أن النظام الصحي في أي بلد يعرف بأسلوب تمويله وإدارته، ويكاد يكون ما يخصص لوزارة الصحة من الميزانية العامة للدولة هو المصدر الوحيد للتمويل بالنسبة إليها، وهو مصدر قد يتذبذب صعوداً ونزولاً من عامٍ إلى اخر، ولم تتوفر لدى الوزارة في السنوات السابقة أية خططٍ فعالةٍ لتنويع مصادر تمويل خدمات الرعاية الصحية، وهو ما يشكل تحدياً كبيراً أمام الوزارة في السنوات القادمة.

٩. الحج والعمرة

تستقبل المملكة سنوياً ما يفوق خمسة ملايين حاج ومعتمر يفدون إلى أراضيها في زمان ومكان محددين، وتعتبر وزارة الصحة هي الجهة الأساسية المنوط بها توفير الخدمات الصحية بشقيها الوقائي والعلاجي لهذا العدد الهائل من الحجاج والمعتمرين، وهو ما يشكل تحدياً سنوياً كبيراً تستنفر من أجله الوزارة ما يزيد على 19000 عامل من مختلف الفئات الطبية والفنية والمساعدة والإدارية للقيام بأعمال المراقبة الصحية للمنافذ البرية والبحرية والجوية وكذلك الترصد الوبائي للأمراض المعدية في مناطق الحج وتوفير اللقاحات والأدوية والمستلزمات الطبية الإسعافية

ومراقبة حالات التسمم الغذائي، والعناية بصحة البيئة، ومكافحة نواقل المرض، والتخلص الآمن من النفايات الطبية، وعلاج الحالات المرضية من خلال 136 مركزا صحيا وما يفوق 4000 سرير تتوزع على مستشفيات العاصمة المقدسة ومناطق المشاعر والمدينة المنورة.

١٠. عدم وجود بيئة ملائمة في المناطق البعيدة

تفتقد الكثير من القرى والمدن الصغيرة الواقعة في مناطق نائية في المملكة إلى البيئة الملائمة من حيث وجود المدارس الخاصة ووسائل الترفيه التي تستطيع الوزارة من خلالها إقناع الأطباء المتعاقدين والممرضين المؤهلين بالعمل فيها.

١١. الارتباط بالوزارات الأخرى

ترتبط وزارة الصحة إرتباطاً وثيقاً في عملها اليومي بالعديد من الوزارات والجهات الحكومية الأخرى، وكثيرٌ من الإجراءات الإدارية والمالية لديها تحتاج إلى تأكيدها أو الموافقة عليها لدى تلك الجهات، وبذلك تكون قدرة وزارة الصحة محدودة في أحيان كثيرة فيما يتعلق بتسريع الإجراءات أو المبادرة بها، فعلى سبيل المثال تندرج الميزانيات ضمن إجراءات عديدة تربط وزارة الصحة بوزارة المالية، كما تعتمد وزارة الصحة على جهات أخرى في القطاع الحكومي، كوزارة الخدمة المدنية، وذلك لتوظيف الموارد البشرية التي تحتاجها.

الجزء الثالث : بناء الإستراتيجية

الرؤية

إن وزارة الصحة ومن خلال كل ما تضمنته هذه الاستراتيجية من أهداف وسياسـات ومشـاريع تهدف إلى تحقيق رؤية مستقبلية هي:

توفير الرعاية الصحية المتكاملة والشاملة بأعلى المستويات العالمية.

الرسالة

إن وزارة الصحة ملتزمة بأداء الرسالة التي تشرفت بحملها منذ قيامها والتي تقوم على:

توفير الرعاية الصحية بجميع مستوياتها وتعزيز الصحة العامة، والوقاية من الأمراض، ووضع القوانين واللوائح المنظمة للقطاع الصحي العام والخاص ومراقبة أدائه، مع الاهتمام بالجانب البحثي والتدريب الأكاديمي ومجالات الاستثمار الصحي.

القيم

إن هذه الإستراتيجية قد قامت استرشاداً بمجموعة من القيم والمبادئ الأساسية التي تحكم العمل في كافة المرافق التابعة لوزارة الصحة والتي تتمثل فيما يلي:

1-المريض أولا
2-العدالة
3-المهنية
4-الجودة
5-الأمانة والشفافية
6-الفريق الواحد
7-المبادرة والإنتاجية
8-الشراكة مع المجتمع

المحاور الاستراتيجية

ترتكز الأنظمة الصحية إجمالاً ومعها الخطط الاستراتيجية المتعلقة بها على خمسة محاور رئيسية هي : منهج تقديم الخدمة، والحوكمة، والموارد البشرية، ونظم المعلومات وأخيراً التمويل، وهـذه هي المحاور نفسها التي روعيت أثناء إعداد هذه الإستراتيجية.

المحور الأول :منهج تقديم الخدمة:

- والمقصود بهذا المحور هو تحديد الأسلوب المتبع في تقديم خدمات الرعاية الصـحية للمستفيدين منها، والمملكة العربية السعودية من ضمن الدول التي صادقت علـى إعـلان (الماآتا)عام 1978 م والذي أعتبر الرعاية الصحية الأولية الـركن الأساسـي فـي تقـديم

الخدمات الصحية في البلدان المشاركة، وأنها هي الوسيلة المناسبة لبلوغ الهدف الذي حددته منظمة الصحة العالمية آنذاك والمتمثل في توفير الصحة للجميع بحلول عام 2000 للميلاد، وبناء على ذلك فقد قامت وزارة الصحة بصفتها الجهة الأساسية المسئولة عن تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية لسكان المملكة العربية السعودية ببناء المئات من مراكز الرعاية الصحية الأولية في طول البلاد وعرضها، **وتمثل هذه المراكز المستوى الأول من مستويات الرعاية الصحية**، أي المستوى الذي يتم فيه الاتصال الأول بين الأفراد والأسر والمجتمع بالنظام الصحي الوطني وتقدم فيه خدمات الرعاية الصحية الأولية بالقرب من المناطق التي يعيش فيها الناس، وتشكل العنصر الأول في عملية متصلة متكاملة وشاملة

أما المستوى الثاني فيتمثل في المستشفيات العامة التي تقدم فيها خدمات التنويم للحالات المرضية التي تستدعي ذلك، وتحتوي على التخصصات الطبية الأساسية تبعاً للحالات التي يتم تحويلها من مراكز الرعاية الصحية الأولية .أما المستوى الثالث فتمثله المستشفيات التخصصية التي تستقبل الحالات المحولة من المستشفيات العامة، وتحتوي على كل التخصصات الطبية الأساسية الموجودة في المستشفيات العامة، إضافة إلى التخصصات الفرعية الأخرى، ثم هناك المستوى الرابع المتمثل في المدن الطبية التي تقدم فيها خدمات طبية متقدمة مثل زراعة الأعضاء وزراعة نخاع العظم، وجراحات القلب والدماغ المتقدمة وغيرها.

المحور الثاني :الحوكمة

والحوكمة في مفهومها الواسع تعني النظام، أي وجود نظم تحكم العلاقة بين جميع الأطراف الأساسية المؤثرة في الأداء، كما تشتمل على المقومات التي تضمن تقوية المنشأة على المدى البعيد وتحديد المسئول والمسؤولية. وبذلك فإن الحوكمة تمثل برنامجاً مدروساً يتم من خلاله توجيه وإدارة ومراقبة الأداء في القطاع الصحي العام والخاص من خلال مجموعة من القوانين والنظم والقرارات التي تهدف إلى تحقيق الجودة والتميز في الأداء عن طريق اختيار الأساليب المناسبة والفعالة لتحقيق الخطط والأهداف بطريقة شفافة وواضحة وعادلة وقابلة للمساءلة بعيداً عن التستر والفساد وإخفاء الحقائق، وفي المجال الصحي تحديداً، تمثل الحوكمة الإطار التشريعي والمؤسسي الذي يرتكز عليه نظام الرعاية الصحية ونظم تشغيل المرافق التابعة له لضمان تطبيق سياسات وإجراءات العمل ضمن النسق المنهجي بالإضافة إلى المساعدة في تطبيق معايير الجودة.

المحور الثالث :الموارد البشرية

تعتبر إدارة الموارد البشرية من أهم وظائف الإدارة كونها تتركز حول العنصر البشري الذي يعتبر أثمن الموارد وأكثرها تأثيراً في الإنتاجية على الإطلاق، ويعنى بشؤون الأفراد من حيث التخطيط للاحتياج من القوى البشرية ومن ثم استقطاب كفاءات مناسبة، ثم التعيين والتأهيل والتدريب وتطوير الكفاءات وتنمية المهارات ووصف الأعمال وتقديم الحوافز المالية والمعنوية

وبذلك تصبح أهداف المنشاة وحاجات الأفراد العاملين بها مكملان لبعضهما البعض وليسا نقيضين منفصلين وهذا هو التوجه الحديث نحو معاملة الموظفين كموارد يجب أن تستغل بالطريقة العلمية الصحيحة.

المحور الرابع :نظم المعلومات

تمثل نظم المعلومات في المجال الصحي أنظمةً متكاملةً مصممة من أجل توليد وجمع وتنظيم وتحليل وتخزين واسترجاع وبث المعلومات والبيانات العلمية المتعلقة بالمريض(الملف الالكتروني الموحد)أو تلك المتعلقة بالوضع الصحي عموماً(مثل :نسب انتشار الأمراض)أو تلك المتعلقة بأداء المرافق الصحية(مثل مؤشرات الأداء الرئيسية)، وكل ذلك بهدف دعم اتخاذ القرار والتحكم والتحليل وإنشاء تصور صحيح عن الوضع الصحي للسكان وعن أداء النظام الصحي. وبذلك فان أنظمة المعلومات بشكل عام تمثل مجموعة من الإجراءات والعمليات والوسائل التكنولوجية التي توحدت في شكل معين من التناغم لكي تشكل كلاً منتظماً يساعد الوزارات والمنشآت والمؤسسات الحكومية والخاصة في عملية اتخاذ القرار والتغلب على العديد من سلبيات العمل البشري وزيادة القدرة التنافسية لها.

المحور الخامس :التمويل

يتضمن هذا المحور البحث في كل المصادر الممكنة لتمويل خدمات الرعاية الصحية، إما عن طريق الدولة مباشرة وتتكفل فيه الحكومة بتوفير الخدمات الصحية لمواطنيها وذلك بتخصيص جزء من ميزانيتها لقطاع الصحة، أو بالاعتماد على ما تفرضه على السكان من ضرائب، أو اعتماداً على ما تتلقاه من مساعدات دولية، أو عن طريق القطاع الصحي الخاص الذي يتكفل عندها بتوفير الجزء الأكبر من خدمات الرعاية الصحية وفقا لمبدأ الربح والخسارة، ويدفع فيه الأفراد مقابل حصولهم على تلك الخدمات مقابلاً مادياً، أما عن طريق الدفع المباشر أو عن طريق الاعتماد على بوليصة التأمين الحكومي أو التأمين بواسطة شركات التأمين التجاري.

الأهداف الاستراتيجية لوزارة الصحة:

١. اعتماد منهج الرعاية الصحية المتكاملة والشاملة مع الاهتمام بالجانب البحثي والتعليمي.
٢. إرساء ثقافة العمل المؤسسي ورفع مستوى الجودة
٣. وقياس ومراقبة الأداء.
٤. تطوير الصحة الإلكترونية ونظم المعلومات.
٥. الاستخدام الأمثل للموارد وتطبيق اقتصاديات الرعاية الصحية ودراسة طرق تمويلها.

يندرج كل هدف استراتيجي من تلك الأهداف تحت واحدٍ من المحاور الاستراتيجية السابق الإشارة إليها ، وفيما يلي نبذة عن كل هدف منها:

الهدف الاستراتيجي الأول: اعتماد منهج الرعاية الصحية المتكاملة والشاملة مع الاهتمام بالجانب البحثي والتعليمي

لهذا المنهج الذي تتبعه كثير من دول العالم المتقدمة اليوم كأسلوب لتقديم الخدمات الصحية فلسفته النظرية وكذلك تطبيقاته العملية .لقد تطور الأمر من ضرورة وجود نظام صحي(منظم ومتناسق)بداية التسعينيات إلى الحديث اليوم عن حتمية وجود نظام يوفر رعاية صحية متكاملة وشاملة Integrated Comprehensive Health Care System ومن خلال هذه الاستراتيجية تبادر وزارة الصحة إلى السعي لتحقيق هذا النظام المتكامل والشامل الذي ستعمل فيه الوزارة مع مديريات الشئون الصحية والمستشفيات والمراكز الصحية التابعة لها في كل مناطق المملكة كالجسد الواحد الذي يكمل فيه كل جزء الجزء الآخر بدون تضارب أو تعارض.

لقد كثرت التعريفات المتعلقة بمنهج الرعاية الصحية المتكاملة والشاملة والتطبيقات المختلفة له، ويتلخص مفهوم هذا المنهج في ضرورة جعل المريض هو محور الاهتمام الذي تدور حوله كافة مكونات العمل الصحي، وبالتالي التحول من النظام الصحي الراهن الذي يركز الخدمات الصحية في المستشفيات Hospital-Centered إلى نظام صحي يقوم على تلمس الاحتياجات الصحية للناس بالطريقة التي تلبي حاجتهم على شكل خدمات صحية أساسية تكون قريبة من مكان سكنهم ، وخدمات أخرى أكثر تخصصا يمكن توفيرها من خلال مستشفيات تقام ضمن مناطق تمركز السكان(وهو ما يعني أن التجمعات السكانية البسيطة سيتوجب عليها قطع بعض المسافة للوصول إلى المستشفى عند الحاجة)بشرط أن يتم ربط جميع مكونات النظام الصحي ببعضها .

أما الشمولية فتعني بأن الخدمات الصحية المقدمة هي خدمات شاملة تغطي الجانب الوقائي(أي طرق الوقاية من الأمراض) والجانب العلاجي(الخدمات العلاجية البسيطة والمتخصصة)، والجانب التأهيلي(خدمات تأهيل مصابي الحوادث أو الجلطات الدماغية ذات التأثير المؤقت وخلافه)، وخدمات الرعاية الطويلة(للمرضى المسنين أو للمحتاجين إلى رعاية تمريضية طويلة الأمد)، وكذلك الجوانب المتعلقة بتعزيز الصحة لدى الأصحاء من خلال التوعية والتثقيف ورفع مستوى الوعي الصحي لدى أفراد المجتمع عموماً.

من أجل تحقيق التكامل المنشود يجب تحقيق ما يلي بدايةً:

- مراكز الرعاية الصحية الأولية هي حجر الزاوية في بناء النظام الصحي وهي التي يجب أن تكون نقطة الاتصال الأولى بينه وبين أفراد المجتمع.
- نظام الرعاية الصحية الأولية يجب أن يكون نظاماً قوياً وفعالاً بوجود أطباء مؤهلين في مجال طب الأسرة والمجتمع.
- تتكفل وزارة الصحة بتوفير رعاية صحية(أولية/تخصصية)تغطي مناطق جغرافية مدروسة ومحددة مسبقاً، يراعى فيها توزيع السكان واحتياجاتهم.
- تتكفل وزارة الصحة بتوفير نظام إحالة فعال بين المراكز الصحية والمستشفيات.

- عند إحالة المريضِ من مركز صحي إلى مستشفى فإن من مسؤولية النظام الصحي رسم خطة الإحالة كاملة وحتى عودة المريض مرة أخرى إلى المركز الصحي.
- تتكفل وزارة الصحة بإيجاد نظام قوي وفعال لتقنية المعلومات يتم من خلاله إنشاء الملف الالكتروني الموحد وسهولة نقل البيانات الطبية بين المناطق المختلفة.
- توجد معايير موحدة للممارسة الطبية.
- توجد آلية فعالة لمراقبة الأداء وقياس الإنتاجية على مستوى الوزارة والمرافق التابعة لها.
- تعمل الشبكة الصحية المتكاملة على توفير التكامل الرأسي والأفقي بين منشآت الرعاية الصحية بهدف توفير رعايةٍ شاملةٍ ومستدامة في منطقة جغرافية محددة.

السياسات

السياسة الأولى:تنفيذ المشروع الوطني للرعاية الصحية المتكاملة والشاملة

آليات التنفيذ

- إعادة هيكلة المستشفيات وإصلاح بنيتها التحتية
- تعزيز وتقوية الرعاية الصحية الأولية
- تطوير نظام فعال لإحالة المرضى بين المرافق الصحية
- تطوير نظام النقل الإسعافي
- رفع كفاءة القوى البشرية فنياً وإدارياً
- تطوير برنامج المعلوماتية الصحية والصحة الإلكترونية
- تعزيز تأمين الأدوية الصحية والمستلزمات الطبية
- تهيئة مرافق الوزارة لتطبيق معايير الجودة العالمية تمهيداً للحصول على شهادة الاعتماد

السياسة الثانية:دعم الرعاية الوقائية وتعزيز الصحة

آليات التنفيذ

- إعداد استراتيجية للصحة الوقائية
- إعداد استراتيجية للتثقيف الصحي وتعزيز الصحة

السياسة الثالثة:تعزيز أبحاث الصحة والتدريب الأكاديمي

آليات التنفيذ

- إعداد استراتيجية للأبحاث الصحية
- إنشاء المعهد الوطني السعودي للصحة
- دعم المختبر الوطني وإقامة الشراكات العالمية لتشغيله
- إقامة الشراكات المتعلقة بالبحوث
- دعم الموسوعة العربية للصحة
- إنشاء مركز المعلومات الصحية
- دعم برامج التدريب الأكاديمي بالهيئة السعودية للتخصصات الصحية في مستشفيات الوزارة

السياسة الرابعة: دعم الخدمات الصحية لفئات المجتمع الخاصة

آليات التنفيذ

- برنامج دعم المعاقين وذوي الاحتياجات الخاصة
- برنامج دعم الخدمات الصحية الموجهة لكبار السن والعجزة
- برنامج دعم الصحة النفسية والعقلية

الهدف الاستراتيجي الثاني: إرساء ثقافة العمل المؤسسي ورفع مستوى الجودة وقياس ومراقبة الأداء

يتضمن هذا الهدف ثلاثة عناصر مهمة وهي العمل المؤسسي، والجودة، وقياس ومراقبة الأداء. **فالعمل المؤسسي** : يتميز بأنه يسير دائماً وفق أدلة عمل واضحةٍ ومكتوبةٍ ومدونة يلتزم الجميع بتطبيقها لأنها تمثل المرجعية الرسمية والإطار التنظيمي الذي تسير عليه المنشأة، صحية كانت أو غير صحية، بحيث لا يكون العمل معتمداً على فردٍ بذاته أو مجموعةٍ من الأفراد بقدر ما يعتمد على إداراتٍ متخصصة ولجانٍ وفرق عمل تتوزع عليها المهام بطريقةٍ مدروسةٍ ومحددةٍ ومنظمة . **أما جودة الرعاية الصحية** فإن وزارة الصحة تعتزم من خلال هذه الاستراتيجية النظر من الآن فصاعداً إلى العملية الصحية برمتها من منظور تجربة المريض في المقام الأول ورأيه في ما قدم له من رعاية أثناء احتياجه لها، سواءً من حيث سهولة الوصول إليها أو الحصول عليها أو جودتها أو نتائجها النهائية، وتعتبر أن الجودة في أشمل معانيها تتضمن دائماً فعل الشيء الصحيح في الوقت الصحيح للشخص الصحيح للخروج بأفضل ما يمكن من نتائج.

ومن أجل ضمان مستوياتٍ عاليةٍ من الجودة تسعى الوزارة من خلال هذا الهدف الاستراتيجي إلى إيجاد آليةٍ فعالةٍ **لقياس ومراقبة الأداء** Performance Measurement & Monitoring وهو يهدف أساسا إلى رفع مستوى الأداء، حيث تأكد الآن لدى كافة الأنظمة الصحية المتقدمة أن ما لا يمكن قياسه لا يمكن إدارته ولا التحكم به ولا تحسينه، وبذلك فان وزارة الصحة تسعى من خلال هذه الاستراتيجية إلى الالتزام بقياس الأداء كأسلوبٍ للعمل وكهدفٍ استراتيجي تطمح إلى تحقيقه في كافة المرافق الصحية التابعة لها.

السياسات:

السياسة الأولى:توحيد آليات التخطيط الاستراتيجي وقياس ومراقبة الأداء

آليات التنفيذ

- توحيد إطار عمل التخطيط الاستراتيجي لمديريات الشؤون الصحية
- تطوير الهيكل التنظيمي للوزارة والمرافق الصحية التابعة لها
- تطوير قدرات المراجعة الداخلية والمتابعة
- إعداد دليل معايير ومؤشرات جودة الخدمات الصحية
- نشر وتفعيل ثقافة قياس ومراقبة الأداء

- برنامج تطوير الخدمات الصحية في الحج

السياسة الثانية:وضع النظام الإداري والبرامج المساندة للعمل المؤسسي

آليات التنفيذ

- إنشاء المجالس التنفيذية واللجان المنبثقة عنها في الوزارة والمناطق
- مشروع إنشاء المجالس الاستشارية للوزارة
- إنشاء برنامج إدارة الأسرة
- إنشاء إدارة حقوق الموظفين
- إنشاء برنامج علاقات المرضى
- إنشاء برنامج الرعاية الصحية المنزلية
- تطوير العمل الإداري المتعلق بنظام التشغيل الذاتي
- تطوير السياسات والإجراءات الإدارية والمالية في الوزارة
- إعداد دليل لوائح العمل الطبي
- إعداد دليل سياسات وإجراءات العمل الإدارية
- إعداد الدليل الوطني للخدمات الصحية
- إعداد خطة الوزارة للخدمات الطبية الطارئة

السياسة الثالثة:تطوير نظام شامل لرفع مستوى الجودة

آليات التنفيذ

- إعداد خطة شاملة لتحسين الأداء
- دعم برنامج الطب المبني على البراهين
- وضع المعايير المتعلقة بتصميم المرافق الصحية التابعة للوزارة
- وضع دليل معايير سلامة مكان العمل
- إعادة هيكلة الإدارة العامة للجودة في الوزارة
- رفع مستوى العاملين في مجالات الجودة
- تحسين أداء التمريض
- إنشاء برنامج الشراكة مع الجامعات والمراكز البحثية في مجال الجودة
- إنشاء برنامج سلامة المرضى
- تكوين لجان الممارسات الطبية
- إعداد برنامج تحسين الملفات الطبية
- إنشاء برنامج تقييم الأقسام
- برنامج رفع أداء غرف العمليات

السياسة الرابعة:وضع استراتيجية للاتصالات الداخلية والخارجية
آليات التنفيذ
- تطوير خطة التواصل الداخلي في الوزارة
- تعزيز الحضور الإعلامي للوزارة
- إعداد الكتاب السنوي لإنجازات الوزارة

السياسة الخامسة:عقد شراكات العمل والتعاون مع الجهات المعنية بالصحة داخلياً وخارجياً
آليات التنفيذ
- تنفيذ الشراكات مع الجهات الصحية المحلية
- تنفيذ الشراكات مع الجهات الصحية الدولية

الهدف الاستراتيجي الثالث استقطاب الكوادر المؤهلة وتنمية الموارد البشرية

العنصر البشري هو الأساس لنجاح الوزارة في تحقيق أهدافها الاستراتيجية، ولذلك فقد تم وضع استقطاب الكوادر البشرية المؤهلة تأهيلاً عالياً وتنمية ما هو موجود منها بالتدريب المستمر كهدفٍ استراتيجي منفصل. لم تتغير نسبة الأطباء السعوديين العاملين في مرافق الوزارة عما كانت عليه منذ سنوات، إذ ظلت النسبة تتراوح بين 23 - 19 (٪)، أما نسبة السعوديين العاملين في مرافق الوزارة من إجمالي القوى العاملة فتصل إلى 51 (٪ .)تسعى الوزارة جاهدة من خلال هذه الاستراتيجية إلى رفع نسبة السعودة في كافة المرافق التابعة لها، وفي نفس الوقت تحرص على أن لا يؤدي هذا إلى تأثير سلبي على مستوى جودة الخدمات المقدمة للمرضى، وتؤكد مبادرتها إلى الاستعانة بالخبرات الخارجية كلما دعت الحاجة إلى ذلك.

السياسات

السياسة الأولى:تطوير قدرات الوزارة لاستقطاب الكفاءات المؤهلة
آليات التنفيذ
- إعداد الخطة الاستراتيجية لإدارة التعاقد
- إعداد برنامج جذب الكفاءات المؤهلة والمحافظة عليها
- إعداد برنامج قياس وتحسين رضا الموظف

السياسة الثانية:تطوير وتدريب الموارد البشرية
آليات التنفيذ
- تطوير مركز التدريب بالوزارة
- إعداد خطة لتطوير وتدريب الموظفين
- إعداد خطة للتوزيع الفعال للموظفين في الوزارة والمديريات
- تطوير برنامج إعداد القياديين
- إعداد برنامج التجسير

السياسة الثالثة:تخطيط القوى العاملة

آليات التنفيذ

- إجراء دراسة للوضع الراهن للقوى العاملة
- إعداد خطة خمسية لدعم الاحتياج من القوى العاملة
- إنشاء إدارة الإشراف على برامج الدراسات العليا والزمالات الطبية
- دعم برنامج الابتعاث الخارجي
- دعم برنامج الإيفاد الداخلي

الهدف الاستراتيجي الرابع : تطوير الصحة الإلكترونية ونظم المعلومات

الصحة الإلكترونية مصطلح حديث نسبياً في المجال الصحي، يراه البعض مرادفاً لنظم المعلومات الصحية بينما يصنفه البعض الآخر في نطاق أضيق على اعتبار انه يمثل فقط تقديم الرعاية الصحية باستخدام تطبيقات الإنترنت. تنظر وزارة الصحة إلى الصحة الإلكترونية على أنها مفهوم متكامل يتضمن كيفية الاستفادة من تقنية المعلومات والاتصالات الرقمية والإنترنت في الأغراض الصحية عامة، سواءً على مستوى الرعاية السريرية المقدمة للمرضى أو على المستوى الإداري الذي يتم فيه تطويع تقنية المعلومات لتخزين وإدارة واسترجاع المعلومات، وبذلك يتم تحقيق أهدافٍ عدة، منها رفع مستوى جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة،واختصار الوقت والتكلفة اللازمين لتقديمها بحيث تتوفر المعلومة الصحيحة في الوقت المناسب وللشخص المناسب لإيجاد الحلول المناسبة واتخاذ القرارات الصائبة.

تتضمن الصحة الإلكترونية تطبيقاتٍ كثيرة يصعب حصرها ولكنها تتركز بشكلٍ أساسي فيما يلي:

- الملف الطبي الالكتروني.Electronic Medical Record
- الطب الاتصالي TeleMedicine
- التعاون مع الخبراء في مؤسسات صحية متقدمة في دول العالم الأخرى.
- نظم المعلومات الصحية الإدارية.
- نظم إدارة المعرفة.
- نظم المعلومات المتعلقة بالمراقبة الإلكترونية للأوبئة والأمراض.

السياسات

السياسة الأولى:تطوير بنية تحتية قوية وفعالة لتشغيل نظم المعلومات المختلفة

آليات التنفيذ

- تطوير إستراتيجية وطنية شاملة للصحة الإلكترونية وتقنية المعلومات
- تقوية الشبكة التحتية لدعم تشغيل نظم المعلومات
- تطوير سياسات الوصول للمعلومات والمحافظة على أمنها
- تطوير مركز المعلومات الرئيسي والمركز الاحتياطي ومركز الوقاية من الكوارث

السياسة الثانية:تطوير وتوحيد نظم المعلومات الصحية(الصحة الإلكترونية)

آليات التنفيذ

- إرساء المعايير الفنية لتوحيد المعلومات الطبية
- تطبيق نظم المعلومات الطبية في المرافق الصحية التابعة للوزارة
- تطوير لوحة مؤشرات أداء المستشفيات
- تطوير السجلات الوطنية للأمراض الرئيسية
- تطوير نظم صور الأشعة الطبية
- تطوير نظم الخدمات الطبية المساندة(التموين الطبي ونظم المشتريات)
- تطوير نظام بلاغات الأمراض الوبائية ومراقبتها
- تطوير نظم إدارة ومتابعة الخدمات الصحية في الحج والعمرة
- تطوير مركز الطب الاتصالي
- تطوير نظم الإحالات ومتابعة النقل الإسعافي
- إنشاء البوابة الإلكترونية لتطوير التبادل المعلوماتي المشترك للملف الصحي الموحد والخدمات الصحية والتثقيفية
- إعداد منصة المعلومات التنفيذية الخاصة بالوضع الصحي العام
- إعداد برنامج توقف الخدمة

السياسة الثالثة:تطوير وتوحيد نظم المعلومات الإدارية(الإدارة الإلكترونية.)

آليات التنفيذ

- المساهمة في مشروع تطوير الإجراءات الإدارية والمالية في الوزارة
- انشاء نظم المعلومات المتعلقة بمعايير تصنيف الوظائف الطبية والإدارية
- تطوير نظام تشغيل ذاتي للمساندة الفنية بتقنية المعلومات
- تطبيق نظم الاتصالات الإدارية الموحدة الحديثة مع أرشفتها
- تطوير البريد الإلكتروني
- برنامج ربط السنترال الإلكتروني الصوتي والفاكس عبر الشبكة الموسعة
- تحويل الأنظمة الإدارية للعمل عبر بيئة الوب
- مشروع عقد الاجتماعات مع المرافق المختلفة والأفراد عبر الوب
- إنشاء البوابة الإلكترونية لتطوير تبادل المعلومات والخدمات بين الوزارة والمرافق الحكومية
- إعداد منصة المعلومات التنفيذية الخاصة بمتابعة الأداء والموارد

السياسة الرابعة:استقطاب وتطوير الموارد البشرية في مجال تقنية المعلومات

آليات التنفيذ

- توحيد المؤهلات التقنية لخريجي الجامعات والمعاهد العاملين في الوزارة
- عقد الدورات التدريبية المكثفة لمحو الأمية المعلوماتية

- تصميم البوابة الإلكترونية الداخلية لمنسوبي وزارة الصحة لتطوير التبادل المعلوماتي بينهم وإنجاز
- إجراءات الدعم الفني والتدريب عن بعد

الهدف الاستراتيجي الخامس : الاستخدام الأمثل للموارد وتطبيق اقتصاديات الرعاية الصحية ودراسة طرق تمويلها

مع التصاعد المستمر في تكاليف خدمات الرعاية الصحية ليس فقط في المملكة وإنما في كل دول العالم تقريباً، يصبح من الصعب احتواء النفقات الصحية في ظل الزيادة السكانية المتسارعة، ووجود التحديات الأخرى المتمثلة في المعدل المرتفع للحوادث المرورية وما تخلفه من إصابات وإعاقات تحتاج إلى عناية طبية طويلة ومتخصصة، وكذلك تزايد نسب المسنين والأمراض المزمنة.

وبذلك تصبح الحاجة ملحةً أكثر من ذي قبل إلى ترشيد الإنفاق واستخدام المتاح من الموارد بطريقة ليس فيها تجاوز أو هدر، والبحث في البدائل الأخرى لرفع المخصصات المالية للوزارة ومرافقها.

تعتزم الوزارة من خلال هذه الاستراتيجية التوسع في إجراء الدراسات التي تبحث في إمكانية اللجوء إلى بدائل أخرى لتمويل خدمات الرعاية الصحية التي تقدمها، مثل تنمية الموارد المالية الذاتية للوزارة، والبدء في برنامج يختص بالأوقاف الصحية، والتبرعات، وكذلك الدخول في شراكات تتضمن الصناعات الحيوية وصناعة المعدات الطبية، إلى جانب التوسع في دراسة خيارات التأمين الصحي وتطبيقاته ومدى الحاجة إليه.

السياسات

السياسة الأولى: الاستخدام الأمثل للموارد وتعزيز فعالية التشغيل

آليات التنفيذ

- خفض التكاليف وترشيد الإنفاق
- وضع خطة لإرساء ثقافة اقتصاديات الصحة
- وضع خطة لتنمية الموارد المالية الذاتية للوزارة

السياسة الثانية: إعداد دراسات تمويل الخدمات الصحية ونماذج تقديمها

آليات التنفيذ

- تطوير الخبرات البشرية التابعة لإدارات الميزانية والتخطيط واقتصاديات الصحة
- مراجعة آليات تمويل وزارة الصحة
- مراجعة تطبيق سياسة التأمين الصحي
- دراسة تطبيق خصخصة منشآت الوزارة
- تطوير استراتيجية الخدمات الصحية المساندة
- دعم الشراكات الإستراتيجية في مجال الصناعات الطبية والحيوية

الجزء الرابع :جدول البرامج

الهدف الاستراتيجي الأول: اعتماد منهج الرعاية الصحية المتكاملة والشاملة مع الاهتمام بالجانب البحثي والتعليمي.

السياسة الأولى: تنفيذ المشروع الوطني للرعاية الصحية المتكاملة والشاملة

آليات التنفيذ و المشاريع

١. إعادة هيكلة المستشفيات وإصلاح بنيتها التحتية
1/1 -إعادة هيكلة المستشفيات
2/1-إعداد وتنفيذ خطة إصلاح البنية التحتية للمستشفيات ، ومنها :مشروع إصلاح البنية التحتية للمستشفيات – تطوير نظام النداء الآلي – تطوير نظام التواصل اللاسلكي مع سيارات الإسعاف – تطوير نظام الإملاء الآلي والنسخ الطبي - تطوير بطاقة بيانات الدواء
3/1-تطوير المدن الطبية
٢. تعزيز وتقوية الرعاية الصحية الأولية
1/2 -دراسة تقييم إعداد المراكز الصحية وتوزيعها الجغرافي
2/2-إعادة هيكلة المراكز الصحية
3/2-تطوير وتجهيز المراكز الصحية القائمة
4/2-إنشاء 750 مركزا صحياً جديداً
٣. تطوير نظام فعال لإحالة المرضى بين المرافق الصحية
1/3 -إنشاء مركز تلقي طلبات الإحالة بالوزارة
2/3-تطوير نظام إحالة المرضى
٤. تطوير نظام النقل الإسعافي
1/4 -استحداث برنامج تشغيل ذاتي للنقل الإسعافي
2/4-إعداد خطة النقل الإسعافي للمرضى .
3/4-ربط سيارات النقل الإسعافي المتطورة بوحدات العناية المركزة .
4/4-مشروع توفير الاحتياج من سيارات الإسعاف
5/4-مشروع توفير القوى العاملة المؤهلة(المسعفين)
٥. رفع كفاءة القوى البشرية فنياً وإدارياً
1/5 -الدورات التدريبية لرفع كفاءة الكوادر البشرية الإدارية
2/5الدورات التدريبية لرفع كفاءة الكوادر البشرية الفنية
3/5-دعم وتقوية برامج الإيفاد والابتعاث
٦. تطوير برنامج المعلوماتية الصحية والصحة الإلكترونية
٧. تعزيز تأمين الأدوية والمستلزمات الطبية

٨. تهيئة مرافق الوزارة لتطبيق معايير الجودة العالمية تمهيداً للحصول على شهادة الاعتماد

السياسة الثانية:
دعم الرعاية الوقائية وتعزيز الصحة
آليات التنفيذ و المشاريع
١. إعداد استراتيجية للصحة الوقائية
1/1 -إعداد الخطة الاستراتيجية للصحة الوقائية
1/2-إنشاء مركز مكافحة الأمراض والسيطرة عليها
1/3-إعداد المسح الصحي الوطني
1/4-دعم برامج الصحة الوقائية (ومنها مكافحة التدخين ، برنامج المدن الطبية ، ومكافحة الحمي الشوكية والإلتهاب الكبدي ....)
٢. إعداد إستراتيجية التثقيف الصحي وتعزيز الصحة
2/1 -إعداد الخطة الإستراتيجية للتثقيف الصحي وتعزيز الصحة
2/2-تطوير برنامج الغذاء والنشاط البدني
2/3-تطوير برنامج الكشف المبكر عن الأمراض
2/4-تطوير برنامج ألفحص المبكر للأطفال حديثي الولادة
2/5-تطوير برنامج مكافحة السرطان
2/6-إنشاء برنامج الكشف المبكر عن سرطان الثدي

السياسة الثالثة : تعزيز أبحاث الصحة والتدريب الأكاديمي
آليات التنفيذ و المشاريع
1 إعداد استراتيجية شاملة لأبحاث الصحة
2إنشاء المعهد الوطني السعودي للصحة
3دعم المختبر الوطني وإقامة الشراكات العالمية لتشغيله
4إقامة الشراكات المتعلقة بالبحوث
5دعم الموسوعة العربية للصحة
6إنشاء مركز المعلومات الصحية
7دعم برامج التدريب الأكاديمي بالهيئة السعودية للتخصصات الصحية .

السياسة الرابعة :دعم الخدمات الصحية لفئات المجتمع الخاصة
آليات التنفيذ و المشاريع
1 برنامج دعم المعاقين وذوي الإحتياجات الخاصة

2برنامج دعم الخدمات الصحية الموجهة لكبار السن والعجزة
3برنامج دعم الصحة النفسية والعقلية

الهدف الاستراتيجي الثاني:

إرساء ثقافة العمل المؤسسي ورفع مستوى الجودة وقياس ومراقبة الأداء

السياسة الأولى: السياسة الأولى :تطوير قدرات الوزارة لاستقطاب الكفاءات المؤهلة

آليات التنفيذ والمشاريع

1وضع الخطة الإستراتيجية لإدارة التعاقد
1/ 1 -اعادة هيكلة إدارة التعاقد
1/ 2-تطوير آلية التعاقد
1/ 3-توسيع التعاقد مع دول جديدة(ألبانيا، ونيجيريا، وباكستان، وايرلندا)
1/ 4-وضع معايير اعتماد مكاتب التعاقد
1/ 5-تطوير برنامج التأهيل قبل التعاقد
1/ 6-تطوير برنامج الطبيب الزائر
1/ 7-تطوير برنامج التعاقد المؤقت
1/ 8-تطوير برنامج تفعيل لجان التعاقد
2انشاء برنامج جذب الكفاءات المؤهلة والمحافظة عليها
3إعداد خطة للاستخدام الأمثل للتشغيل الذاتي
4تطوير برنامج قياس وتحسين رضا الموظف
4/ 1 -برنامج موظف الشهر
4/ 2-برنامج تكريم المبدعين
4/ 3-برنامج الحوافز والمكافآت
4/ 4-برنامج أفضل ثلاثة بحوث
4/ 5-برنامج قياس رضا الموظف
4/ 6-تطوير النادي الاجتماعي

السياسة الثانية : تطوير وتدريب الموارد البشرية

آليات التنفيذ والمشاريع

1تطوير مركز التدريب بالوزارة
1/ 1 -وضع الخطة الاستراتيجية لمركز التدريب بالوزارة
1/ 2-إنشاء مركز تدريبي متكامل في كل منطقة
2إعداد خطة تطوير و تدريب الموظفين

1/2 -الدورات التدريبية الإدارية لعدد 16000 موظف بالتعاون مع معهد الإدارة العامة
2/2-اتفاقية التعاون مع جامعة الملك سعود في مجال التدريب والدراسات
3/2-دورات إعداد مدراء المستشفيات
4/2-دورات إعداد المدراء الطبيين
5/2-دورات إعداد مدراء الجودة
6/2-دورات إعداد مدراء العمليات
7/2-دورات إعداد مديرات التمريض
8/2-الدورات التدريبية في مجال التعقيم المركزي
9/2-برنامج الترميز الطبي
10/2 -الدورات التدريبية في مجال السجلات الطبية
11/2 -الدورات التدريبية في مجال سلامة المريض
12/2 -الدورات التدريبية لفنيي الأشعة
13/2 -الدورات التدريبية السريرية الأساسية للأطباء
14/2 -دورات أساسيات طب الأسرة والمجتمع
15/2 -دبلوم طب الأسرة والمجتمع
3إعداد خطة للتوزيع الفعال للموظفين في الوزارة و المديريات
4تطوير برنامج تدريب وإعداد القياديين
1/4 -الدورات التدريبية في مجال إعداد القياديين
2/4-برنامج ماجستير الإدارة الصحية
5برنامج التجسير

السياسة الثالثة:تطوير نظام شامل لرفع مستوى الجودة
آليات التنفيذ والمشاريع
1 إعداد الخطة الشاملة لتحسين الأداء
2دعم برنامج الطب المبني على البراهين
3وضع المعايير المتعلقة بتصميم المرافق الصحية التابعة للوزارة
4وضع معايير سلامة مكان العمل
5إعادة هيكلة الإدارة العامة للجودة في الوزارة
6رفع مستوى العاملين في مجالات الجودة
1/6 -الدورات التدريبية في مجال الجودة
2/6-الدورات التدريبية في مجال مكافحة العدوى
3/6-برنامج الدراسات العليا في علوم الجودة ومكافحة العدوى

4/6-يوم الجودة
7تحسين أداء التمريض
1/7 -تطوير دليل السياسات والإجراءات التمريضية
2/7-برنامج مديرات التمريض من الخارج
3/7-برنامج التدريب على مهارات التمريض
8برنامج للشراكة مع الجامعات والمراكز البحثية في مجال الجودة
9إنشاء برنامج سلامة المرضى
1/9 -برنامج رصد وتحليل الأخطاء الطبية
2/9-برنامج توثيق الشهادات ومنح الصلاحيات السريرية
3/9-برنامج سلامة الأدوية والعقاقير
4/9-برنامج إدارة المخاطر
10تكوين لجان الممارسات الطبية
11برنامج تحسين الملف الطبي
12 إنشاء برنامج تقييم الأقسام
13برنامج رفع أداء غرف العمليات

السياسة الرابعة: وضع إستراتيجية للاتصالات الداخلية والخارجية
آليات التنفيذ والمشاريع
1تطوير قدرات التواصل الداخلي في الوزارة
2تأسيس قنوات التواصل الداخلي في الوزارة والمرافق التابعة لها
1/2 -النشرة الإخبارية الداخلية
2/2-المنتدى الإلكتروني للموظفين
3/2-برنامج الاجتماعات المجدولة
3تعزيز الحضور الإعلامي للوزارة
1/3 -التعاون مع القنوات الإعلامية المرئية والمسموعة والمقروءة
2/3-إنشاء المجلة الطبية للوزارة
3/3-المشاركة في إقامة المعارض الطبية
4/3-الكتاب السنوي لإنجازات الوزارة

السياسة الخامسة: عقد شراكات العمل والتعاون مع الجهات المعنية بالصحة داخلياً وخارجياً
آليات التنفيذ والمشاريع
1شراكات مع جهات صحية وأكاديمية محلية

1/1 -برنامج التعاون مع معهد الملك عبد الله للبحوث والدراسات الاستراتيجية التابع لجامعة الملك سعود
1/2-برنامج التعاون مع جامعة الدمام
1/3-برنامج التعاون مع الجمعيات العلمية السعودية
1/4-برنامج التعاون مع معهد الأمير سلمان لأبحاث الإعاقة
2شراكات مع جهات حكومية أخرى
1/2 -برنامج التعاون مع هيئة المدن الصناعية ومناطق التقنية
2/2-برنامج التعاون مع الهيئة العامة للاستثمار
3شراكات مع جهات صحية وأكاديمية دولية
1/3 -برنامج التعاون مع الجامعات الكندية
2/3-برنامج التعاون مع الجامعات الاسترالية
3/3-برنامج التعاون مع جامعة هارفارد
4/3-برنامج التعاون مع جامعة جون هوبكنز في مجال طب وجراحة العيون
5/3-برنامج التعاون مع جامعة ايموري
6/3-برنامج التعاون مع الكلية الملكية لأطباء كندا
7/3-برنامج التعاون مع الكلية الملكية للجراحين في أيرلندا
8/3-برنامج التعاون مع منظمة الصحة العالمية
9/3-برنامج التعاون مع شركة جنرال الكتريك الطبية
10/3 -برنامج التعاون مع مستشفى كليفلاند في أمريكا
11/3 -برنامج التعاون مع مركز ديترويت الطبي
12/3 -برنامج التعاون مع مركز مكافحة الأمراض بالولايات المتحدة
13/3 -برنامج التعاون مع جامعة واشنطن
14/3 -برنامج التعاون مع جامعة هايدلبرج

الهدف الاستراتيجي الثالث

استقطاب الكوادر المؤهلة وتنمية الموارد البشرية

السياسة الأولى تطوير قدرات الوزارة لاستقطاب الكفاءات المؤهلة

آليات التنفيذ والمشاريع

1وضع الخطة الإستراتيجية لإدارة التعاقد
1/1 -إعادة هيكلة إدارة التعاقد
1/2-تطوير آلية التعاقد
1/3-توسيع التعاقد مع دول جديدة
1/4-وضع معايير اعتماد مكاتب التعاقد

1 /5-تطوير برنامج التأهيل قبل التعاقد
1 /6-تطوير برنامج الطبيب الزائر
1 /7-تطوير برنامج التعاقد المؤقت
1 /8-تطوير برنامج تفعيل لجان التعاقد
2إنشاء برنامج جذب الكفاءات المؤهلة والمحافظة عليها
3إعداد خطة للاستخدام الأمثل للتشغيل الذاتي
4تطوير برنامج قياس وتحسين رضا الموظف
1/4 -برنامج موظف الشهر
2/4-برنامج تكريم المبدعين
3/4-برنامج الحوافز والمكافآت
4/4-برنامج أفضل ثلاثة بحوث
5/4-برنامج قياس رضا الموظف
6/4-تطوير النادي الاجتماعي

السياسة الثانية : تطوير وتدريب الموارد البشرية

آليات التنفيذ والمشاريع

1تطوير مركز التدريب بالوزارة
1 /1-وضع الخطة الاستراتيجية لمركز التدريب بالوزارة
1 /2-إنشاء مركز تدريبي متكامل في كل منطقة
2إعداد خطة تطوير و تدريب الموظفين
3إعداد خطة للتوزيع الفعال للموظفين في الوزارة و المديريات
4تطوير برنامج تدريب وإعداد القياديين
1/4 -الدورات التدريبية في مجال إعداد القياديين
2/4-برنامج ماجستير الإدارة الصحية
5برنامج التجسير

السياسة الثالثة : تخطيط القوى العاملة

آليات التنفيذ والمشاريع

1دراسة الوضع الراهن للقوى العاملة
1 /1 -دراسة أوضاع القوى العاملة في مستشفيات الوزارة والمرافق التابعة لها
1 /2-وضع معايير القوى العاملة الإدارية والفنية للوزارة والمرافق الصحية
1 /3-دراسة التخصصات الحيوية في جميع المناطق
2إعداد خطة خمسية لدعم الاحتياج من القوى العاملة
3إنشاء إدارة الإشراف على برامج الدراسات العليا والزمالات الطبية

4دعم برنامج الابتعاث الخارجي
5دعم برنامج الإيفاد الداخلي

الهدف الاستراتيجي الرابع

تطوير الصحة الإلكترونية ونظم المعلومات

السياسة الأولى : تطوير بنية تحتية قوية وفعالة لتشغيل نظم المعلومات المختلفة

آليات التنفيذ والمشاريع

١. تطوير إستراتيجية وطنية شاملة للصحة الإلكترونية وتقنية المعلومات
٢. تقوية الشبكة التحتية لدعم تشغيل نظم المعلومات
٣. تطوير سياسات الوصول للمعلومات والمحافظة على أمنها
٤. تطوير مركز المعلومات والمركز الاحتياطي ومركز الوقاية من الكوارث

السياسة الثانية : تطوير وتوحيد نظم المعلومات الطبية الصحة الإلكترونية.

آليات التنفيذ والمشاريع

١. إرساء المعايير الفنية لتوحيد المعلومات الطبية
٢. تطبيق نظم المعلومات الطبية في المرافق الصحية التابعة للوزارة
٣. تطوير لوحة مؤشرات أداء المستشفيات
٤. تطوير السجلات الوطنية للأمراض الرئيسية
٥. تطوير نظم صور الأشعة الطبية
٦. تطوير نظم الخدمات الطبية المساندة(التموين الطبي ونظم المشتريات)
٧. تطوير نظام بلاغات الأمراض الوبائية ومراقبتها
٨. تطوير نظم إدارة ومتابعة الخدمات الصحية في الحج والعمرة
٩. تطوير مركز الطب الاتصالي
١٠.تطوير نظم الإحالات ومتابعة النقل الإسعافي
١١.إنشاء البوابة الإلكترونية لتطوير التبادل المعلوماتي المشترك للملف الصحي الموحد والخدمات الصحية والتثقيفية
١٢.إنشاء البوابة الإلكترونية لتطوير التبادل المعلوماتي المشترك للملف الصحي الموحد والخدمات الصحية والتثقيفية
١٣.إعداد برنامج توقف الخدمة

السياسة الثالثة : تطوير وتوحيد نظم المعلومات الإدارية / الإدارة الإلكترونية

آليات التنفيذ والمشاريع

١. المساهمة في مشروع تطوير الإجراءات الإدارية والمالية في الوزارة
٢. إنشاء نظم المعلومات المتعلقة بمعايير تصنيف الوظائف الطبية والإدارية

٣. تطوير نظام تشغيل ذاتي للمساندة الفنية بتقنية المعلومات
٤. تطبيق نظم الاتصالات الإدارية الموحدة الحديثة مع أرشفتها
٥. تطوير البريد الإلكتروني
٦. برنامج ربط السنترال الإلكتروني الصوتي والفاكس عبر الشبكة الموسعة
٧. تحويل الأنظمة الإدارية للعمل عبر بيئة الوب
٨. مشروع عقد الاجتماعات مع المرافق المختلفة والأفراد عبر الوب
٩. إنشاء البوابة الإلكترونية لتطوير تبادل المعلومات والخدمات بين الوزارة والمرافق الحكومية
١٠. إعداد منصة المعلومات التنفيذية الخاصة بمتابعة الأداء والموارد

السياسة الرابعة :استقطاب وتطوير الموارد البشرية في مجال تقنية المعلومات
آليات التنفيذ والمشاريع
١. توحيد المؤهلات التقنية لخريجي الجامعات والمعاهد العاملين في الوزارة
٢. عقد الدورات التدريبية المكثفة لمحو الأمية المعلوماتية
٣. تصميم البوابة الإلكترونية الداخلية لمنسوبي وزارة الصحة لتطوير التبادل المعلوماتي بينهم
٤. وإنجاز إجراءات الدعم الفني والتدريب عن بعد

الهدف الاستراتيجي الخامس : الاستخدام الأمثل للموارد وتطبيق اقتصاديات الرعاية الصحية وطرق تمويلها

السياسة الأولى : الاستخدام الأمثل للموارد وتعزيز فعالية التشغيل
آليات التنفيذ و المشاريع
١. خفض التكاليف وترشيد الإنفاق
٢. وضع خطة لإرساء ثقافة اقتصاديات الصحة
٣. وضع خطة لتنمية الموارد المالية الذاتية للوزارة

السياسة الثانية : اعداد دراسات تمويل الخدمة الصحية ونماذج تقديمها
آليات التنفيذ و المشاريع
١. تطوير الخبرات البشرية التابعة لإدارات الميزانية والتخطيط واقتصاديات الصحة
٢. مراجعة نموذج تمويل وزارة الصحة
٣. دراسة تطبيقات التأمين الصحي
٤. دراسة خصخصة منشآت الوزارة
٥. تطوير إستراتيجية للخدمات المساندة
٦. دعم الشراكات الاستراتيجية في مجال الصناعات الطبية والحيوية

الجزء الخامس :المشروع الوطني للرعاية الصحية المتكاملة والشاملة

تمهيد:

تستند الخطة الاستراتيجية لوزارة الصحة على عدة محاور تمثل الركائز الأساسية التي تقوم عليها، والتي من أهمها كيفية تقديم الخدمات الصحية للمستفيدين منها ليتحقق للوزارة هدفها وهو الوصول بخدماته إلي كل مدينة وقرية وهجرة في أرجاء المملكة المترامية، وهو ما يعرف عالمياً بالقدرة على الوصول إلى الخدمة ، ثم تأتي بعد ذلك ماهية الخدمات الصحية بمستوياتها الأربعة التي تتطلع الوزارة إلى تقديمها في كل منطقة من مناطق المملكة، دون إغفال الجوانب الأخرى التي بدأت الأنظمة الصحية العالمية في التنبه لها، والمتمثلة في أهمية الرعاية الصحية الوقائية للسكان، وأهمية الاكتشاف المبكر للأمراض، وتعزيز الصحة وما يندرج تحتها من مفاهيم التوعية الصحية بشتى أساليبها.

فإذا ما سلّمنا من البداية بأن أي تخطيط استراتيجي في مجال الخدمات الصحية المقدمة للسكان لا بد وأن يأخذ في الاعتبار ركنين أساسيين هما كيفية تقديم الخدمات الصحية بجميع مستوياتها، وكيفية الاهتمام بالجانب الوقائي والتوعوي، نجد أن الوزارة قامت في سبيل هذا الغرض ومنذ بداية عام 1430 بدراسة تجارب الأنظمة الصحية في العديد من دول العالم، كما تمت مناقشة المتخصصين من داخل المملكة وخارجها، واتفقت جميع الآراء على ضرورة تبني منهج الرعاية الصحية المتكاملة والشاملة.

نظرت الوزارة بعد ذلك إلى جملةٍ من التحديات ذات العلاقة المباشرة والتأثير الواضح في كيفية تقديم الخدمات الصحية لأي مجتمعٍ من المجتمعات، والتي تتمثل فيما يلي:

١. تغير أنماط المراضة، حيث بدأت الأمراض المعدية في التراجع عموماً مقابل تزايد الأمراض المزمنة وما تمثله من زيادة في العبء الصحي وارتفاع متواصل في فاتورة التكاليف مستقبلاً.
٢. تزايد أعداد السكان.
٣. ارتفاع تكاليف العلاج في المملكة وفي دول العالم عموماً.
٤. تسارع الاكتشافات الطبية وما يقتضيه ذلك من ضرورة اللحاق بها.
٥. اتساع رقعة المملكة الجغرافية وتباعد القرى والهجر فيها.

كل تلك التحديات جعلت ومازالت من تقديم خدمات الرعاية الصحية أمراً يحتاج إلى تخطيطٍ سليمٍ للتمكن من تقديم خدماتٍ طبيةٍ جيدة لكل المواطنين في كل مكان بتكلفةٍ معقولة ودون استنزاف للموارد.

إن وزارة الصحة وعبر هذا المشروع الطموح تدرك أن الدولة حرسها الله تقوم حالياً بصرف البلايين من الريالات من أجل بناء المستشفيات والمراكز الصحية، ونأمل بعد كل ذلك أن يتمكن العاملون في هذه المرافق الجديدة من تقديم خدمةٍ طبيةٍ راقية وجيدة للمواطنين أينما كانوا، ولذلك كان لزاماً علينا عندما شرعنا في إعداد هذا المشروع إعادة دراسة المعايير اللازمة للتشغيل بصورةٍ كاملة لكي تتمكن الوزارة من تقديم رعايةٍ جيدة ومتميزة في هذه المستشفيات الجديدة والتي سيراها المواطن قريباً ويتطلع إلى أن يكون فيها ما يلبي احتياجاته ويرقى إلى مستوى طموحاته .

أولا :مستويات تقديم الخدمة الصحية بالمملكة

يرتكز النظام الهيكلي الحالي للرعاية الصحية بالمملكة على ثلاث مستويات رئيسة، هي:

المستوى الأول : الرعاية الصحية الأولية

تعتبر الرعاية الصحية الأولية هي بوابة الدخول الرئيسية للخدمات الصحية وتلعب دوراً هاماً في تحقيق التغطية الشاملة للمملكة في المجالات الوقائية والتوعوية والعلاجية وجاوز عدد مراكز الرعاية الصحية الأولية 2000 مركزاً صحياً موزعة جغرافياً على جميع مناطق المملكة، وتقوم هذه المراكز بإحالة المرضي المحتاجين لمستوى الرعاية الصحية الثاني (المستشفيات العامة.)

المستوى الثاني : المستشفيات العامة

تشكل المستشفيات العامة المستوى الثاني من الرعاية الصحية وتعمل على تقديم الخدمات العلاجية والتشخيصية من خلال خدمات الطوارئ / العيادات الخارجية / التنويم / النقل الإسعافي بين المنشآت الصحية من خلال استقبال المرضى المحالين من مراكز الرعاية الصحية الأولية أو حالات الطوارئ مباشرة.

المستوى الثالث : المستشفيات التخصصية والمدن الطبية

وتقدم خدمات الرعاية الصحية من المستوى الثالث والرابع حيث تقدم الخدمات التخصصية التشخيصية والعلاجية والجراحية والتأهيلية ومراكز أبحاث وتعتمد هذه المستسفيات على الإحالة من المستشفيات العامة واستقبال الطوارئ وهي متواجدة في بعض مناطق المملكة.

ثانيا :الوضع الحالي للمرافق الصحية

الوضع الحالي للمراكز الصحية الأولية:

أظهرت دراسة الوضع الحالي للمراكز الصحية الأولية القائمة حالياً ما يلي:

- عدم مناسبة التوزيع الجغرافي لبعض المراكز جغرافياً.
- عدم التوازن بين معدل الخدمة وعدد السكان حيث انخفض معدل خدمة المركز الصحي نسبة إلى السكان.
- حاجة المراكز إلى دعمها بالقوى العاملة وبرامج التطوير .

الوضع الحالي للمستشفيات:

أظهرت دراسة الوضع الحالي للمستشفيات القائمة حالياً ما يلي:

•وجود الكثير من الهدر في الموارد المالية التي يتم سرفها على تشغيل المستشفيات الصغيرة 50 (سرير) والتي تمثل % 43 من مستشفيات الوزارة وما مجموعه 16 %من عدد الأسرة حيث أن نسبة إشغال هذه المستشفيات منخفضة جدا.

• الضغط الكبير على أسرة المستشفيات الكبيرة العامة في المدن الكبرى نتج عنه عدم توفر السرير لكثير من الحالات.

•عدم جدوى الاستمرار في تشغيل المستشفيات الصغيرة والتي لا تلبي تطلعات المواطن.

•تفاوت كبير في مستوى وجودة الخدمة الطبية المقدمة حيث نجد خدمة متقدمة وذات جودة عالية في المستشفيات الرئيسية يقابلها تواضع في مستوى الخدمة والجودة في المستشفيات الصغيرة.

•كذلك أدى الضغط الشديد على المستشفيات الكبيرة إلى كثير من السلبيات وعدم القدرة على الوصول إلى تطلعات المواطنين كاملة.

•ومن ذلك كله خلصت الوزارة إلى أن مواردها المالية تقسم على أعداد كبيرة من المستسفيات مما أدى إلى عدم القدرة على تركيز الموارد في المستشفيات الكبيرة وجلب الكفاءات المتخصصة للعمل بها.

•ضعف نظام الإحالة بين مستويات الرعاية الصحية الثلاثة أدى إلي عدم حصول المريض على خدمة طبية متكاملة سريعة وصحيحة، كما أدى إلى عدم تحقيق التكامل بين مستويات الخدمة المختلفة بسبب عدم وجود ربط بين الخدمات الوقائية والتعزيزية والعلاجية المتخصصة المخططة طبقاً لاحتياجات المريض، الأمر الذي يؤكد الحاجة إلى وجود نظام إحالة قوي ومنظم.

•في الوقت الذي أصبح فيه للمعلومات الصحية دور هام في جميع الإجراءات الصحية بدءً من الوقاية

ثالثاً :خلاصة مراجعة النظم الصحية في بعض الدول

نظراً لأهمية الاسترشاد بتجارب الدول الأكثر تقدماً والأكثر تشابهاً للظروف السكانية والمناخية والسمات الجغرافية من حيث اتساع المساحة الجغرافية وتباعد المسافات والتنوع السكاني والعمراني، فقد تم الاطلاع على عدد من التجارب الإقليمية والعالمية في مجال الرعاية الصحية المتكاملة والشاملة شملت:

١. ثلاث دول من الأمريكتين الشمالية والجنوبية هي :الوليات المتحدة الأمريكية، وكندا، والمكسيك.
٢. ثلاث دول أوروبية هي :أسبانيا، و أيرلندا، وبريطانيا.
٣. استراليا.
٤. دولتين من دول شرق آسيا هما :ماليزيا، وسنغافورة.

٥. أربع دول عربية هي :الإمارات العربية ، والأردن، والمغرب، تونس .
٦. دولة إفريقية واحدة هي :جنوب أفريقيا.

مع ملاحظة أنه تم التركيز على الاستفادة من التجربة الكندية والأمريكية والبريطانية والأيرلندية والماليزية بقدر أكبر.

استخلصت الوزارة من هذه التجارب النقاط التالية:

- تفاوت مستوى نجاح التطبيق بين دولة وأخرى بسبب الاختلاف في الإمكانيات والخصائص والنظم السياسية وتفاوت القوانين والأنظمة المناطقية داخل البلد الواحد والقدرة على التعامل مع المعوقات والتحديات.
- وجود قاسم مشترك بين جميع التجارب الدولية في تطبيق هذا المنهج وهو تحقيق منهج التكامل والشمولية في خدمات الرعاية.
- لا يوجد طريقة أو أسلوب تنفيذي واحد لتطبيق منهج الرعاية الصحية المتكاملة والشاملة، حيث تنفرد كل دولة بطريقة تتناسب مع ظروفها التنموية والاقتصادية وخصائصها الديموغرافية والجغرافية، وإمكانياتها في تقنيات المعلومات والاتصالات.
- يلعب نظام المعلومات الصحية Health Information System دوراً أساسياً في نجاح تطبيق منهج الرعاية الصحية المتكاملة والشاملة، فكلما كان نظام المعلومات والتقنيات متاحة بشكل أكبر كانت البدائل في التنفيذ متاحة بشكل أفضل، والعكس صحيح.
- كان من أبرز معوقات الاستفادة من منهج الرعاية الصحية المتكاملة والشاملة ضعف الكفاءة الإدارية وعدم توافر الموارد البشرية المدربة على تشغيل وإدارة البرامج.
- من ناحية، يتطلب تطبيق منهج الرعاية الصحية المتكاملة والشاملة مركزية في التخطيط والمتابعة والإشراف والرقابة على جودة الأداء والاتصال الفعال و سرعة الاستجاب .
- أهمية التعامل بفاعلية مع المشكلات الناتجة عن بيئة العمل المدمجة .
- أهمية تطبيق أسلوب المشاركة الإدارية لتعزيز الشعور بالمسئولية الفردية والملكية الجماعية في إدارة المرافق المدمجة.

وبعد استعراض خلاصة التجارب الإقليمية والدولية، والتي تضمنت التوجهات الحديثة لرفع كفاءة وفاعلية خدمات الرعاية الصحية، فإن الوزارة قد استخلصت من التجارب أن التوجه العالمي لدى كثير من الدول يتمثل في العمل بمنهج الرعاية الصحية المتكاملة والشاملة .

وسوف يتم في الجزء التالي استعراض و شرح المنهج المقترح لإعادة هيكلة مرافق تقديم خدمات الرعاية الصحية بهدف العمل على تحقيق مبدأ التكامل والشمولية في تقديم تلك الخدمات.

رابعاً :مشروع الرعاية الصحية المتكاملة والشاملة:

المفهوم

تقوم فكرة المشروع أساساً على التحول من النظام الصحي الحالي المبني على تركز الخدمات الصحية بالمستشفيات إلي نظام يقوم أساسا على الاحتياجات الصحية الذي يتيح لمتلقي الخدمة الحصول على سلسلة مترابطة من الخدمات الصحية الوقائية والتعزيزية والتشخيصية والعلاجية عندما يحتاج إليها وبمستوى عالي من الجودة وبحرفيه مطلقة، وأيضا هذا النظام يتيح الاستغلال الأمثل للموارد المتاحة من خلال منظومة مترابطة ومتكاملة ومنظمة لمختلف مستويات الرعاية الصحية بداية من الرعاية الصحية الأولية ووصولا إلي الرعاية الصحية المتخصصة وذلك لتحقيق الأهداف المرجوة.

كما أنه في ظل المتغيرات الكثيرة التي يشهدها العالم في الوقت الراهن في الجوانب الاقتصادية والديموغرافية والمرضية وكذلك تغير نمط الحياة مما ساهم في ارتفاع معدلات بعض الأمراض والإصابات بشكل لم يكن معهوداً من قبل .. إضافة إلى التطورات الطبية والتكنولوجية المتسارعة والمتلاحقة في المجال الصحي وفي أنظمة الاتصال والمعلومات، برزت الحاجة إلي أهمية تقديم خدمة متكاملة للمريض .. وتأكدت ضرورة تضافر كافة عناصر منظومة الخدمة الصحية لمجابهة تلك الصعوبات من أجل تكامل الخدمات الصحية التي يمكن أن تقدم للمواطن وتساهم في تحقيق أهداف النظام الصحي .. وأن تكامل تلك الخدمات يعني ضرورة وجود شبكة طبية مترابطة توفر التواصل بين أعضاء الفريق الطبي بسهولة ويسر، وتقلل من العبء المهني والنفسي الواقع على الأطباء العاملين بالمناطق الطرفية من خلال عملهم مع بقية زملائهم بجميع مناطق المملكة كفريق عمل واحد متجانس وشعورهم بوجود دعم فني وتواصل مهني معهم وذلك من خلال نظام معلوماتية صحية جيد ومتكامل .. كما يعني التكامل أيضاً نظام إحالة قوي ومنظم .. ونظام نقل إسعافي جيد يحقق أعلى درجات الخدمة للمريض .. وأقسام طوارئ مجهزة ومهيأة للتعامل مع كافة الظروف والحالات بكفاءة عالية.

أهداف المشروع

١. تحقيق سهولة الوصول للخدمة لجميع مستويات الرعاية الصحية.
٢. توفير الخدمة الصحية للجميع والعدالة في التوزيع.
٣. تعزيز الخدمات وتقويتها من خلال خلق تكامل رأسي و أفقي بين مستويات الخدمة المختلفة.
٤. رفع مستوى جودة الخدمة المقدمة.

٥. رفع كفاءة الأداء لخدمات الرعاية الصحية وذلك عن طريق التوظيف الأمثل للموارد المتاحة.
٦. تحقيق شمولية الخدمة المقدمة للمستفيد بجميع مستوياتها

مزايا المشروع

١. تحقيق مفهوم عمل موحد وواضح لجميع المرافق الصحية.
٢. التركيز على تكامل وشمولية الخدمة للفرد والمجتمع.
٣. تكامل الخدمات بالمناطق الصحية كل على حده حتى المستوى الثالث(مراكز الرعاية الصحية الأولية، والمستشفيات الطرفية (أ ، ب)، والمستشفيات العامة والمركزية التابعة لكل منطقة، لما يحققه ذلك من توفير لوقت وجهد المريض، كما يخفف العبء في نفس الوقت على المستشفيات المرجعية بما يساعد في تحقيق أهداف المشروع، أما بالنسبة لخدمات ما بعد المستوى الثالث (المستوى الرابع)التي ستقدم من خلال المستشفيات المرجعية(المدن الطبية) فسيتم ذلك من خلال المدن الطبية الخمس المذكورة بالمشروع.
٤. التكامل الرأسي والأفقي : يحقق هذا المنهج التنظيم بين المنشآت الصحية التي تقدم خدمات صحية متكاملة رأسياً وأفقياً بما يمكنها من العمل مع بعضها البعض في كل منطقة من ناحية، وعلى المستوى الوطني من ناحية أخرى، بما يشكل تكامل مستويات تقديم الخدمات الصحية وشمولية هذه الخدمات ابتداءً من الرعاية الصحية الأولية وحتى الخدمات الصحية المتخصصة.

فوائد المشروع

١. سيتمكن المريض من الحصول على الخدمة بيسر وسهولة وفي وقت قياسي.
٢. ستقدم له خدمة طبية شاملة (تعزيزية – وقائية – علاجية – تأهيلية.)
٣. سيتمكن الأطباء من التواصل مع بعضهم في كافة المستويات وسيكون بقدرة كلاً منهم الإطلاع على الملف الصحي للمريض وبالتالي القدرة على التشخيص بشكل أفضل.
٤. ستتوفر للمريض جميع الإجراءات الطبية المتخصصة قريباً من منطقته مثل (علاج وجراحة الأورام - جراحة وعلاج الأمراض القلبية الوعائية - الجراحات الدقيقة - أمراض العيون - الأمراض العصبية.)
٥. في حال حاجته إلي الإحالة إلي مستوى أعلى سيكون بالإمكان نقله بأمان و سرعة بسيارات إسعافية مجهزة.

مكونات المشروع

١. تعزيز وتقوية الرعاية الصحية الأولية وتطوير خدماتها.
٢. تطوير وإعادة هيكلة المستشفيات بمستوياتها المختلفة.

٣. تطوير نظام الإحالة بين المرافق الصحية.
٤. تقوية نظام النقل الإسعافي بين المرافق الصحية.
٥. تطوير برنامج للمعلومات الصحية والصحة اللكترونية.
٦. تنمية القوى البشرية لتواكب التغير المقترح من خلال التدريب والبعثات واستقطاب الاستشاريين المتخصصين في التخصصات الدقيقة.
٧. تعزيز تأمين الأدوية والمستلزمات الطبية.
٨. تهيئة مرافق وزارة الصحة لتطبيق أنظمة الجودة و شروط الإعتماد.

خامساً : ملخص آراء الجهات التي تم عرض المشروع عليها

قامت وزارة الصحة بعرض المشروع على مجموعة من الخبراء من كبرى الجهات المتخصصة تضمنت خبراء من مستشفي كليفلاند كلينك وخبراء كلية الصحة العامة لجامعة هارفارد وفريق النظم الصحية، واللجنة الصحية بمجلس الشورى، ورؤساء القطاعات الصحية، ومديري عموم ومديري الشئون الصحية بالمناطق والمحافظات، وذلك للاستفادة من خبرتهم في هذا المجال.

١. كليفلاند كلينك:

أنه نظراً لطبيعة الوضع الراهن في المملكة من النواحي الديموغرافية، والمراضة، ووضع الموارد البشرية، والتحديات التي تواجهها المملكة في هذا الشأن، فإن مكونات منهج الرعاية الصحية المتكاملة والشاملة تمثل برنامج متناسق لتقديم رعاية صحية متميزة، وأن هذا المنهج تمت ممارسته في كليفلاند كلينك والعمل به طوال السنوات التسعين الماضية حيث يكون التركيز على المستفيد من الرعاية الصحية .ويعتبر هذا المنهج النموذج المثالي في تقديم الخدمات الصحية، وقد مارست كليفلاند كلينك هذا المنهج لتقديم رعاية صحية لعدد 5 ملايين نسمة من سكان كليفلاند بولاية أوهايو، وذلك من خلال منظمة يقودها مجموعة من الأطباء والعاملين استطاعوا تحقيق أفضل النتائج عل مستوي الولايات المتحدة الأمريكية(وتحتل كليفلاند كلينك حاليا المرتبة رقم 4 بين أفضل وأعلى المستشفيات في جميع التخصصات الفرعية.)

وتعتبر كفاءة القيادة والقوى العاملة العنصر الأساسي لنجاح هذا المنهج، حيث أنه بالإضافة إلي بناء البنية التحتية (المستشفيات والأسرة)، فإن القدرة الحقيقية لنظام الرعاية الصحية تتمثل في مدى توفر الموارد البشرية الصحية، ولذلك فان تدريب الأطباء وطاقم التمريض والمديرين الصحيين يعتبر من العوامل الأساسية لنجاح هذا النموذج،لهذا يوصي فريق كليفلاند كلينك بأن على وزارة الصحة أن تركز اهتمامها على التدريب وإعداد القادة في الرعاية الصحية لكي تكون قادرة على تنفيذ هذا المنهج.

وقد أشار التقرير إلي بعض المبادئ الأساسية التي طبقتها كليفلاند لتحقيق هذا الهدف على النحو التالي:

- الالتزام بتوفير كافة احتياجات المرضى.
- تنظيم الخدمات لتلبية حاجة المريض في إطار تقديم رعاية جيدة، حيث أن هناك خدمات يلزم أن تكون بالقرب من منازلهم مثل :الرعاية الأولية، والتوليد، والرعاية العاجلة في حين أن البعض الآخر من الخدمات يمكن توفيرها في أماكن مركزية ذات كثافة سكانية عالية، ومن الضروري لجميع الخدمات أن تكون مربوطة ببعضها من خلال نظام معلوماتي جيد، وقدرات عالية للنقل الإسعافي.
- من المهم تحديد نطاق وحجم العمل في المستشفيات، حيث تم تحديد الحد الأدنى للسعة السريرية المثلى للمستشفيات ب 150 (سريراً)، وعلى هذا الأساس تم إعادة هيكلة جميع المستشفيات الإقليمية التابعة لكليفلاند كلينك . وعلى سبيل المثال تم تحويل واحدة من أصغر المستشفيات العامة إلي عيادات خارجية ومركز للأمراض المزمنة حتى تقدم خدمة أكثر فاعلية.

٢. كلية الصحة العامة بجامعة هارفارد:

حققت وزارة الصحة السعودية، ونظام الرعاية الصحية بها تحسناً ملحوظاً في صحة السكان وفي ظل الميزانية المتواضعة نسبيا المخصصة للرعاية الصحية حسب المعايير العالمية، كما تم تحقيق ارتفاع في معدل التحصين ضد الأمراض(التطعيمات) وانخفاض كبير في معدل الإصابة بالأمراض المعدية، وارتفاع متوسط العمر المتوقع عند الولادة، علاوة على ذلك، فإن المستشفيات التخصصية في المملكة تنافس المراكز الطبية الرائدة في جميع أنحاء العالم.

ومع ذلك فإن هناك مخاوف بشأن قدرة شبكة وزارة الصحة للرعاية الصحية على تلبية احتياجات المجتمع السعودي بسبب التحديات الكبيرة التي تواجهها المملكة في الوقت الحاضر والتي تشمل:

- النمو السكاني المتزايد.
- الشيخوخة السكانية.
- التفاوتات الإقليمية في الخدمات الصحية ، ونوعية الرعاية.
- عدم الرضا الكبير من المواطنين عن الخدمة الصحية والحصول عليها خاصة بالنسبة للرعاية الصحية الأولية في المناطق الطرفية، وازدحام المرافق الأساسية في المراكز الحضرية.
- تواجه وزارة الصحة تحديات مستمرة في توظيف واستبقاء المهنيين العاملين في مجال الرعاية الصحية خارج المراكز الحضرية.

- عدم فاعلية القيادة والإدارة والقدرة على التخطيط في مستويات عدة في وزارة الصحة.

والتصدي لهذه التحديات ، فإن وزارة الصحة قامت بالعديد من المبادرات، كما تدرس القيام بمبادرات أخرى من أهمها هذه المبادرة عن الإصلاح الشامل للرعاية الصحية الأولية، ويشمل هذا الإصلاح الجديد بناء منشآت جديدة لمراكز الرعاية الصحية التي تملكها وزارة الصحة، وإعادة تنظيم نطاق الخدمات لأكثر من 2000 مركز للرعاية الصحية الأولية بما يراعي الاختلافات في التجمعات السكانية والطبيعة الجغرافية والاحتياجات المحلية لكل منطقة على حده، والمشروع المقترح سيتجاوز الإصلاح في الرعاية الصحية الأولية ليشمل مؤسسات ومنشآت جميع مستويات الرعاية الصحية التابعة لوزارة الصحة .وتشمل الأهداف الرئيسية للمشروع إعادة تصميم وتوزيع مراكز الرعاية الأولية والمستشفيات والمراكز المتقدمة على نحو أفضل لتلبية احتياجات السكان، والتركيز على تحسين الاتصال بين مقدمي الرعاية في المستويات الثلاثة، ولمركزية إدارة الرعاية الصحية، وإيجاد ملف الكتروني موحد للمريض، بالإضافة إلي تطوير بعض المنشآت لتقدم خدمات صحية أكثر تقدماً وتطوراً.

ويوضح التقرير أن خبراء هارفارد يؤيدون هذا المنهج المتمثل في التحرك نحو تحقيق التكامل في الرعاية الصحية على كافة المستويات، على أن يراعي الظروف المحلية لكل منطقة، ولكي ينجح هذا المنهج، على وزارة الصحة أن تعزز القدرة الإدارية للمناطق، حيث هناك الكثير من المسئوليات يمكن أن تفوض إلي المناطق.

كما أشار التقرير إلي أنه من المهم زيادة رواتب الأطباء وغيرهم من المهنيين العاملين في وزارة الصحة، ورغم أن هذا يمثل ضغطاً متصاعداً على التكاليف، إلا أنه إذا كان الهدف هو تحسين الكفاءة فأن خبرة جامعة هارفارد تشير إلي أنه من أجل تحقيق تحسينات دائمة في نوعية الرعاية الصحية فأن على المملكة العربية السعودية زيادة الإنفاق على الصحة، وهذا يعني أن زيادة الدعم المالي ضروري إذا كانت الوزارة عازمة على تحقيق أهدافها، خاصة وأن ميزانية وزارة الصحة لم يتم زيادتها نسبة إلي الناتج المحلي الإجمالي في السنوات الأخيرة.

وأخيراً أوضح التقرير أنه استناداً إلي تجربة جامعة هارفارد فإن هناك مجموعة من النقاط يجب أن تحظى بالاهتمام الكافي لدعم نجاح البرنامج، وهي كما يلي:

- تحتاج وزارة الصحة إلي القيام بجهود كبيرة لتحسين قدرتها على التخطيط ورفع الكفاءة القيادية والإدارية بها.
- وضع إستراتيجية للتحرك في اتجاه لمركزية إدارة الرعاية الصحية الأولية والتحول إلي اللامركزية في الإدارة.
- هناك حاجة أساسية للتحول إلي نظام إدارة تقييم الأداء . وهذا يتطلب تحديد المسئوليات، والمساءلة، والتحفيز ،وتحديد أهداف واضحة ومحددة للأداء يمكن قياسها.

- هناك حاجة إلي استثمارات كبيرة في التطوير والتدريب للمديرين والإداريين والمهنيين العاملين في قطاع الرعاية الصحية.
- سوف يتطلب تحقيق ذلك من وزارة الصحة موارد إضافية كبيرة على المدى القصير، حيث أن التطوير والتحسينات المستدامة في نوعية الرعاية الصحية ومدى الرضا عنها سيتطلب زيادة في الإنفاق.

٣. اللجنة الصحية بمجلس الشورى:

أن الهدف العام للمشروع المتمثل في الترشيد، والتحديث، والدمج بين الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات والمراكز الصحية المتقدمة التابعة لوزارة الصحة يعتبر أمراً جيداً، كما أن تحسين التكامل الرأسي للرعاية الصحية أيضا غاية محمودة ، حيث ينبغي أن تتم الرعاية الصحية عن طريق التنسيق عبر المستويات المختلفة للخدمة، ويلعب الملف الالكتروني للمريض دوراً هاماً في تحسين الاتصال بين مستويات الرعاية الصحية المختلفة، إضافة إلي الحد من الأخطاء الطبية، والحد من ظاهرة تلقي المريض لنفس الخدمة من أكثر من جهة.

٤. مدراء الشؤون الصحية في المناطق والمحافظات:

أن المشروع المقترح من خلال مكوناته الثمانية يحقق سهولة الوصول للخدمة لجميع مستويات الرعاية الصحية، ويوفر الخدمة الصحية للجميع، ويحقق العدالة في توزيعها، ويساعد على رفع مستوي جودتها، وذلك من خلال تركيز المشروع على ضرورة تكامل وشمولية الخدمة الصحية المقدمة وما يستلزمه هذا التكامل من التعامل الجيد مع كافة عناصر المنظومة الصحية البشرية والمادية، وهو الأمر الذي أخذه المشروع بعين الاعتبار.

سادساً : الخطة التنفيذية للمشروع

١. متطلبات عامة لتنفيذ المشروع:

يتطلب ضمان نجاح خطة التنفيذ ضرورة البدء في اتخاذ مجموعة من الإجراءات التنظيمية يجب البدء بها فور اعتماد البرنامج المقترح، ومجموعة أخري من الإجراءات يتم تنفيذها بطريقة موازية لتطبيق البرنامج المقترح ، ولذا لابد من توفر اعتماد هيكل تنظيمي لإدارة المشروع يتولى مسئولية تنفيذه يصدر به قرار من معالي وزير الصحة يتضمن مسئوليات وصلاحيات أعضائه. مع تواجد لجنة التخطيط والمتابعة تضم قيادات وزارة الصحة ، هذا إلي جانب تواجد الإدارة التنفيذية الإقليمية التي تتولى مسئولية التنفيذ المباشر لأنشطة المشروع بالتعاون والتنسيق مع القيادات المحلية داخل المنطقة.

٢. الخطط التنفيذية اللازمة لتنفيذ مكونات المشروع:

2-1تعزيز وتقوية الرعاية الصحية الأولية وتطوير خدماتها.وتتلخص الأعمال المطلوبة لتنفيذ هذا المكون فيما يلي:

١. استكمال تطوير قاعدة البيانات لتكون دقيقة ومتكاملة عن مراكز الرعاية الصحية الأولية القائمة حالياً .
٢. تنفيذ برنامج التصنيف لمراكز الرعاية الصحية الأولية.
٣. وضع أسس وقواعد تطوير نطاق(نوعية)الخدمات المقدمة بالمراكز(وقائي - علاجي - تثقيفي.)
٤. اقتراح أدلة التشغيل والإجراءات اللازمة لتشغيل المراكز على ضوء النموذج المقترح.
٥. إعداد الأوصاف الوظيفية والمهام الوظيفية لكل الفئات بالمراكز الصحية والجهات ذات العلاقة.
٦. وضع ضوابط وأسس اعتماد وتنفيذ نظام(نموذج)طب الأسرة كأساس لتقديم الخدمات بالمراكز.
٧. وضع الضوابط اللازمة لتحقيق مفهوم طبيب الأسرة .. وتحديد مستوي تأهيله وخبراته ..ودوره في عملية الإحالة إلي المستويات الأعلى للخدمة.
٨. إعداد وتنفيذ نظام فعال للإحالة من وحدات الرعاية الأولية إلي المستوي التالي وفق بروتوكولات محددة.
٩. إعداد خطة تنفيذية لنشر ثقافة الرعاية الصحية الأولية وطب الأسرة بين جميع المواطنين والمقيمين وتوعيتهم بأهمية دورها.
١٠. وضع الضوابط اللازمة للحد من إساءة استخدام مراكز الرعاية الصحية الأولية .
١١. وضع المقترحات والمعايير والضوابط اللازمة لإنشاء وتوزيع مراكز الرعاية الصحية الأولية الجديدة 750 (مركز)بين مناطق المملكة ومحافظاتها ومدنها وقراها.
١٢. البدء في إنشاء المراكز الصحية الجديدة 750 (مركز) فور اعتماد الميزانيات الخاصة بها.
١٣. وضع واعتماد نظام التدريب والتعليم المستمر بما يضمن حداثة الخدمات المقدمة بالمراكز.
١٤. وضع واعتماد نظام جودة الخدمات المقدمة ومراقبة الأداء.
١٥. وضع معايير وضوابط التوظيف والتعاقد لجميع الفئات العاملة بالمراكز.
١٦. اقتراح نظام التقييم الذاتي الدوري للمنشأة والتقييم الدوري من قبل جهات مرجعية لضمان استمرار جودة الخدمات المقدمة بهذه المراكز.
١٧. وضع الضوابط والآلية اللازمة لضمان التطوير المستمر للخدمات المقدمة.

2-2خطة تنفيذ تطوير و إعادة هيكلة المستشفيات

أظهر تحليل الوضع الراهن لمستشفيات وزارة الصحة أن إعادة هيكلة وتدعيم تلك المستشفيات أصبح من الأمور الأساسية لتحقيق التوظيف الأمثل للموارد المتاحة وتنظيم العلاقة بين مستويات الخدمة المختلفة. وتتلخص الأعمال المطلوبة لتنفيذ هذا العنصر فيما يلي:

١. توفير قاعدة بيانات حديثة عن المستشفيات القائمة حالياً .
٢. تنفيذ برنامج إعادة الهيكلة المقترح .
٣. إعداد أدلة التشغيل وإجراءات العمل اللازمة لتشغيل كل نوع من المستشفيات المذكورة.
٤. إعداد أو إعادة صياغة الأوصاف الوظيفية و المهام الوظيفية لكافة الفئات العاملة بتلك المستشفيات.
٥. وضع واعتماد نظام للتدريب والتعليم المستمر بما يضمن حداثة الخدمات المقدمة بتلك المستشفيات وبما يتماشى مع منظومة تنمية القوى البشرية بالوزارة.
٦. اقتراح واعتماد نظام ضمان جودة الخدمات المقدمة بتلك المستشفيات ومراقبة الأداء بها.
٧. وضع معايير وضوابط التوظيف والتعاقد لجميع الفئات العاملة بتلك المستشفيات.

3-2الخطة التنفيذية لتطبيق نظام الإحالة

تشمل الخطة التنفيذية لبرنامج الإحالة الوقوف على الوضع الحالي بكل منطقة ثم مجموعة الإجراءات اللازمة للإعداد للتنفيذ ثم التطبيق، ومن ثم عوامل نجاح تطبيق النظام وذلك على النحو التالي:

١. تحليل الموقف الحالي في كل منطقة .
٢. الإعداد للتنفيذ

3 .عوامل نجاح تطبيق نظام الإحالة:

•وضوح نظام الإحالة لدى مستوياته المختلفة:
-مستوي الرعاية الصحية الأولية
-المستوي الثاني(المستشفيات الطرفية أ/ ب)
-المستوي الثالث (المستشفي المركزي)
-المستوي الرابع(المستشفيات المرجعية.)
•تكامل الخدمات على مستوي المنطقة.
•تهيئة العاملين والمستفيدين من الخدمة لتفهم أهداف نظام الإحالة للمنتفعين بالخدمة الصحية وكذلك لمقدميها.
•المتابعة المستمرة والتقييم لنظام الإحالة و إدخال التحسينات عليه حتى يستقر النظام.

•التعاون بين مراكز الرعاية الصحية الأولية والمستشفي لإيجاد التكامل والثقة بين مستويات الخدمة وتوفير الكوادر الإدارية القادرة على إدارة النظام.
•وجود نظام معلومات متكامل ليسمح بتبادل المعلومات بين مستويات الخدمة المختلفة.
•اعتماد مراكز الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات طبقا لمعايير الاعتماد الوطنية.

2-4الخطة التنفيذية لبرنامج التشغيل الذاتي للنقل الإسعافي

تشتمل الخطة التنفيذية للبرنامج على جميع العناصر والمحاور اللازمة لتنفيذ البرنامج موزعة على مراحل ومرتبة وفق التسلسل المنطقي والزمني للتنفيذ بحيث يكون هناك ترابط وتسلسل في التنفيذ.أما العناصر اللازمة لتنفيذ برنامج التشغيل الذاتي للنقل الإسعافي، فهي:

١. إعداد قاعدة بيانات عن الخدمات المتاحة بكل منطقة وبكل مرفق صحي .
٢. وضع وتنفيذ خطة تأمين سيارات الإسعاف المطلوبة للمرافق الصحية لعدد من المناطق أو كل المناطق وفق إستراتيجية الوزارة.
٣. إعداد وتأهيل القوى العاملة من المسعفين والإداريين.
٤. تأمين وتهيئة البنية التحتية .
٥. ربط سيارات الإسعاف بوحدات العناية المركزة بالمستشفيات المرجعية لتوفير الدعم الفني اللازم للمسعفين.
٦. وضع مؤشرات أداء للبرنامج.
٧. التقييم المستمر والمتابعة لضمان جودة الأداء والتحسين المستمر.

2-5الخطة التنفيذية للمعلوماتية الصحية والصحة الالكترونية

تتضمن الخطة التنفيذية لبرنامج الصحة الإلكترونية عدة عناصر يتم تنفيذها على ثلاث مراحل مرتبة وفق التسلسل الزمني والمنطقي ومتطلبات تنفيذ كل عنصر كما يلي:

المرحلة الأولي، وتشمل ما يلي:

أ - تعديل وتحديث القوانين والتنظيمات لتتماشى مع استخدامات تقنية المعلومات ضمن الصحة الإلكترونية.
ب -إنشاء وتطوير بنية تحتية تقنية عامة وتأسيس قاعدة البيانات الصحية وبناء هيكل معلوماتي صحي عام.
ج -تسهيل تبادل المعلومات واستخدام قاعدة البيانات الصحية.
د -استحداث بطاقة المعلومات الصحية الشخصية الالكترونية لكل المستفيدين من الخدمات الصحية (البطاقة الذكية.)

المرحلة الثانية، وتشمل ما يلي:

أ - استكمال تأسيس وتفعيل شبكة الكترونية صحية تربط جميع القطاعات الصحية الحكومية والخاصة وجميع من له علاقة بالخدمات الصحية.
ب -استكمال البوابة الإلكترونية للوزارة.

المرحلة الثالثة، وتشمل ما يلي:

أ - تقديم خدمات صحية وقائية من خلال البوابة الإلكترونية.

ب -تقديم الاستشارات الطبية المتخصصة عبر البوابة الالكترونية والاستفادة من الخدمات التخصصية بالمستشفيات المرجعية.

ج -تقديم خدمات الطب الاتصالي بين مرافق الوزارة نفسها وبين مرافق الوزارة والمرافق الصحية الأخرى حكومية أو خاصة.

د -الطرق البديلة للوصول إلي المعلومات.

6-2الخطة التنفيذية لتنمية القوى البشرية

تشتمل الخطة التنفيذية لتنمية القوى العاملة على العناصر والمحاور اللازمة لتنفيذ البرنامج موزعة على مراحل ومرتبة وفق التسلسل المنطقي والزمني للتنفيذ بحيث يكون هناك ترابط وتسلسل منطقي في التنفيذ.

أما العناصر اللازمة لتنفيذ تنمية القوى البشرية، فهي:

أ -دراسة الاحتياجات التدريبية للفئات المختلفة من القوى العاملة بدءً من القيادات ووصول إلي كل الفئات التنفيذية بالمرافق الصحية فنية كانت أم إدارية.

ب -إعداد وتنفيذ دورات تدريبية وورش عمل لتهيئة العاملين للنظام الجديد.

ج -إعداد وتنفيذ دورات تدريبية وورش عمل لتنمية مهارات وقدرات قيادات الوزارة والقيادات بالمناطق.

د -إعداد وتنفيذ دورات وورش عمل في المجال الطبي والصحي والمجالات الإدارية لمنسوبي الوزارة والمناطق والمرافق الصحية.

ه -ابتعاث وإيفاد الفئات الطبية والصحية المتخصصة في التخصصات الطبية والصحية لتلبية متطلبات التطوير.

7-2 الخطة التنفيذية للتموين الطبي

تشمل الخطة التنفيذية لتأمين الاحتياجات من التموين الطبي على مجموعة من الخطوات، ابتداءً من مراجعة الاحتياجات ووضع المعايير وتحديد الأولويات حتى وضع الخطة، وذلك على النحو التالي:

١. مراجعة احتياجات مديريات الشئون الصحية في سوء الدعم الجديد للبند.
٢. وضع معايير مرنة للاحتياجات التشغيلية للمرافق الصحية المختلفة بناءً على معدلات التشغيل والمعدلات العالمية وتتناسب مع نطاق الخدمات بكل مرفق.
٣. تحديد أولويات تأمين الاحتياجات في سوء الدعم الجديد للبند.
٤. وضع خطة عاجلة لتأمين الدعم المطلوب للبنود المختلفة في سوء الدعم الجديد للبند خلال العام المالي الحالي.
٥. وضع خطة شاملة لتأمين الاحتياجات للسنوات القادمة في سوء دعم البند.

8-2 خطة تهيئة مرافق وزارة الصحة للحصول على الاعتماد من المجلس المركزي لاعتماد المنشآت الصحية لكي تتمكن الوزارة من تهيئة المرافق الصحية التابعة لها للحصول على الاعتماد اللازم فإن ذلك يتطلب تقسيم العمل إلي عدة مراحل متسلسلة ومترابطة زمنيا على النحو التالي:

المرحلة الأولى:

أ - تهيئة العاملين من قيادات ومنسوبي المرافق الصحية لمفاهيم الجودة والاعتماد.
ب -تهيئة البنية التحتية للمستشفيات المرجعية للجودة والاعتماد.
ج -إجراء مسح ميداني للمستشفيات المرجعية بناءً على معايير الاعتماد.
د -الحصول على الاعتماد للمستشفيات المرجعية.

المرحلة الثانية:

أ - تهيئة البنية التحتية للمستشفيات المركزية للجودة والاعتماد.
ب -إجراء مسح ميداني للمستشفيات المركزية بناءً على معايير الاعتماد.
ج -الحصول على الاعتماد للمستشفيات المركزية.

المرحلة الثالثة:

أ - تهيئة البنية التحتية للمستشفيات الطرفية(أ، ب) ومراكز الرعاية الأولية للجودة والاعتماد.
ب -إجراء مسح ميداني للمستشفيات الطرفية(أ ، ب)بناءً على معايير الاعتماد.
ج - الحصول على الاعتماد للمستشفيات الطرفية (أ ، ب)
د - تهيئة البنية التحتية للمراكز الصحية الأولية.
ه -إجراء مسح ميداني للمراكز الصحية الأولية.
و -الحصول على الاعتماد للمراكز الصحية الأولية.



الفصل الثاني عشر

التخطيط المقارن في مجال الخدمات الصحية

✍ بقراءتك لهذا الفصل يمكنك الإلمام بالموضوعات التالية :

- التخطيط القومي للخدمات الصحية – المداخل البديلة.
- المدخل التجريبي للتخطيط القومي للخدمات الصحية – حالة الدول النامية والإشارة للهند .
- التخطيط المركزي للخدمات الصحية – الاتحاد السوفيتي : (روسيا).
- التخطيط الصحي الإقليمي – التجربة السويدية .
- طريقة أمريكا اللاتينية قياس العائد البديل والكفاءة الطبية .
- تخطيط الخدمات الصحية بالولايات المتحدة الأمريكية .

مقدمـــة :

يعتبر تخطيط الخدمات الصحية من الأمور الهامة لتأثيرها علي إدارة المستشفي مثال التخطيط المتكامل المركزي في روسيا ، والمدخل الأمثل Optimality Approach وأسلوب تحديد الأهداف Targets – Setting Approach . ويجب أن تؤخذ عملة تخطيط الخدمات الصحية ضمن خطة قومية شاملة للتنمية الاقتصادية والاجتماعية في الدولة وكذلك علي المستويات الاقتصادية والجغرافية في تلك الدولة حتي تنعكس الخطة علي اتخاذ لقرارات والسياسات الصحية والطبية – الوقائية والعلاجية .

ويمكننا تعريف خطة الصحة القومية علي أنها إطار محدد ليحكم السياسيات والقرارات المطلوب اتخاذها لحل المشكلات الصحية وتحقيق الأهداف القومية والقطاعية والجزئية للنشاط الصحي . وتشمل هذه الخطة تحليل للبدائل الممكن استخدامها للتوصل للأهداف المحددة مسبقا وفي ضوء القيود والموارد النادرة اي انه يجب تحديد العناصر التالية في وضع الخطة القومية للنشاط الصحي :

١- توفير البيانات والمعلومات اللازمة للخطة . مثال الهيكل الديموجرافي والجغرافي للسكان وأنواع الإمراض والمستوي الصحي العام ومعدلات المواليد والوفيات وعدد ونوع القوة العاملة والاستثمارات الصحية والطبية والأدوية وغيرها .

٢- تحديد الأهداف وأولويتها في ضوء المشكلات الصحية والطبية الموجودة كالإمراض الإقليمية السارية والعمليات الصحية الروتينية سواء أكانت وقائية أو علاجية ، وأهداف تدريب وتنمية المنظمات الصحية وأهداف تغطية مناطق جغرافية جديدة .

٣- اختبار البديل الممكن والمرضي من ضمن البدائل الموضوعة في الخطة . مع توضيح الأولويات .

٤- تفهم واضح للقرارات والسياسات الصحية للدولة لإغراض الرقابة علي الخدمات الصحية ووسائل توصيلها بحيث توجه السلوك التنظيمي للمستشفيات نحو إنجاز الأهداف .

٥- تحديد لكل مشكلة صحية والمؤشرات الصحية والاقتصادية والاجتماعية والنفسية والإنتاجية لها ، مع تحديد لمفهوم الصحة ذاته .

أنه من وظيفة مخططي الصحة أن يحددوا طرق تحسين الخدمات الصحية واقتراح الميزانية المناسبة للموافقة ويجب التنسيق بين الإنفاق القومي علي الخدمات الصحية والإنفاق علي الدفاع القومي والزراعة والتعليم وغيرها .

أولا : المدخل التجريبي للتخطيط القومي للخدمات الصحية – حالة الدول النامية والإشارة للهند :

نعني بالمدخل التجريبي الأسلوب الذي يعتمد علي الخبرة السابقة وخيال المخطط أو المخططين . وفي هذا المدخل نجد أن حجم ونوع البيانات المتاحة لا يؤثر كثيرا علي الخطة وتكوين الأهداف والفلسفة العامة والإستراتيجية ومراحل التنفيذ ومن الجدير بالذكر ان منظمة الصحة الدولية WHO قد أثرت كثيرا في خبرة الدول التي تأخذ بهذا المدخل في مجال التخطيط الصحي وخاصة في أميركا اللاتينية وإفريقيا وبعض دول المنطقة العربية ولقد ساعدت الكثير من الدول في تلك القارات في بناء خطط قومية للخدمات الصحية باستخدام احدث الأساليب التخطيطية .

ومن الواضح أن من أهم خصائص الدول النامية انخفاض الدخل الفردي الحقيقي السنوي وانخفاض معدل النمو القومي الحقيقي . ويتم التخطيط العام في تلك البلاد وفقا لمدخل " مشروع يلي مشروع " أو بمدخل التخطيط المتكامل للاستثمار العام أو التخطيط الشامل . ويتم تحديد معايير وأهداف الاستهلاك في ضوء تقديرات الدخل بما يتضمن الإنفاق علي الخدمات الصحية وتوجد خطة قصيرة الأجل وخطة طويلة الأجل ومن وظائف الخطة الخمسية بالهند ما يلي :

١. تجميع خطط الصحية السنوية والجغرافية لوضع الخطة الخمسية الصحية .
٢. إعداد خطط صحية سنوية مع تحديد الميزانية التقديرية والهيكل التنظيمي والإداري مع تحديد التوقيت الزمني وأولويات الانجاز المطلوب .
٣. تحديد إستراتيجية لانجاز الأهداف وفي ضوء الموارد المتاحة .
٤. مناقشة المحافظات والوزارات في الخطة ودراسة أمكانية التنفيذ .
٥. تجميع تقارير متابعة عن تنفيذ الخطط الصحية بالمحافظات .

ويتم تحديد خطة الصحة كجزء من الخطة الاقتصادية والاجتماعية بالهند كما هو الحال في مصر وبعض الدول العربية . ومن الجدير بالذكر ان مشكلة السكان بالهند تتطلب ميزانية ضخمة لوزارة الصحة الهندية تشمل نسبة للإنفاق علي مشروع تنظيم الأسرة . ويوجد بالهند معهد قومي للإدارة الصحية لتوفير التعليم والتدريب اللازمين لبناء جيل من المديرين المناسبين للمنظمات الصحية الهندية .

ثانيا : التخطيط المركزي للخدمات الصحية – الاتحاد السوفيتي : (روسيا):

تأخذ الصين وروسيا بنظام التخطيط الاقتصادي والاجتماعي المركزي بما في ذلك التخطيط للخدمات الصحية ، وتتكون الخطة المركزية للصحة في روسيا من الخطط النوعية التالية :

١. خطة الإنتاج القومي .
٢. خطة الاستثمارات الرأسمالية (وتشمل الصناعات الطبية)
٣. خطة القوة العاملة والأجور (نصيب القطاع الصحي) .
٤. خطة التدريب .
٥. خطة التنمية الثقافية والاجتماعية .
٦. خطة التوزيع الاقتصادي القطاعي .
٧. الخطة المالية .
٨. خطة التطوير التكنولوجي .
٩. الخطة الفرعية للمواصلات والتجارة الداخلية .

وتستخدم روسيا الحسابات الالكترونية في ربط مجالات التخطيط الصحي وغيرها في البلاد لضمان تدفق معلومات دورية ودقيقة عن القطاع الصحي ومكوناته وتحويل نظام المعلومات الصحية من نظام يدوي لنظام اتوماتيكي ، ومن ثم يمكن تحويل المشكلات الصحية بدقة واتخاذ القرارات الصحية . وفقا لمعلومات متاحة . ولقد حاولت الخطة الخمسية للصحة في روسيا إنشاء مستشفيات كبيرة متخصصة وذات أهداف متعددة أو ما يسمي Multipurpose Hospital ، وإنشاء عيادات عامة Polychinics ومراكز للتشخيص والعلاج والوقاية والمتابعة . كما تناولت الخطة توسيع شبكة الوحدات الوقائية ومراكز الطوارئ والصحة العامة والتحاليل الصحية . ولقد وصل عدد أسرة المستشفيات في روسيا عام (٢٠٠٠) حوالي مليون سرير بالإضافة إلي زيادة عدد الأجهزة والمعدات الطبية الحديثة . ومن الجدير بالذكر أن روسيا تعتبر متخلفة عن الولايات المتحدة الأميريكية عن طريق :

١ – تجميع البرامج الطبية والصحية علي مستوي النقابات والاتحادات لوضع خطة شاملة للخدمات الصحية الوقائية والعلاجية وخطة للبحوث الطبية والصحية.

٢ – تجميع البرامج والخطط الفرعية للأدوية والتعليم الصحي والطبي والتدريب وتخصيص وتوزيع المهنيين علي الوظائف المختلفة .

٣ – تجميع الخطط والبرامج الفرعية ونصيب قطاع صحي من الصناعات الطبية والاستثمارات الطبية والأجهزة والمعدات الطبية .

٤ – تحديد معايير للأداء الصحي تلتزم بها المنظمات الصحية والمهنيين .

٥ – تحديد مواصفات كل وظيفة في المستشفيات ومتطلبات كل نشاط طبي باطنه أو جراحة – علاجي ووقائي – وتوصيف للقوة العاملة في القطاع الصحي .

ويتم تنظيم القطاع الصحي في روسيا كما هو موضح في الشكل التالي :

ويشير هذا التنظيم إلي أن الخطة تبدأ من الوحدة الصغيرة علي مستوي المنطقة الجغرافية ويتم التجميع من أدني لأعلي لتصميم الخطط الفرعية والقطاعية . ويتم ذلك في المراحل التالية:

١- تحليل الإحصاءات الحيوية واتجاهاتها علي المستوي الجزئي والقطاعي .

٢- تقييم طاقات الأنظمة الصحية ومتطلباتها وأنشطتها .

٣- إجراء تنبؤات إحصائية بخصوص معدلات التغيير في طبيعة نمو السكان والتركيب الديموجرافي والجغرافي .

٤- تحديد أهداف الخدمة الصحية علي مستوي النوع والقطاع والمنطقة .

٥- حسابات المعدلات المعيارية للأداء الصحي لكل تخصص .

٦- ربط الخطة الطبية والصحية بالخطة القومية والاجتماعية القومية .

٧- وتتكون الخطة الصحية من أربعة أجزاء رئيسية :-

- شبة المنظمات الصحية .
- الوظائف الموجودة الشاغرة وغيرها .
- إنشاء منظمات صحية جديدة .
- إنشاء مراكز تدريب وتعليم في الصحة العامة والوقاية والعلاج .
- استخدام مؤشرات معيارية للمقارنة بين المستوي الصحي والتنفيذ.

٨- استخدام الطرق الإحصائية في وضع الخطة الصحية :

- الطريقة التحليلية باستخدام معايير صحية Health Standers
- طريقة الموازنة بين خطط وبرامج وموازنات القطاعات الصحية Balancing Methods
- طريقة إنشاء معدلات أداء لكل منطقة صحية performance Levels
- طريقة تحليل الارتباط الإحصائي Correlation Method أي إيجاد معدلات الارتباط بين أجزاء الخطة والمتغيرات الصحية التابعة والمستقلة .
- طريقة التجارب الإحصائية Experimental Methods لاختبار معدلات العمل والنتائج في المنظمات الصحية البديلة .

ثالثا : التخطيط الصحي الإقليمي – التجربة السويدية :

تعتبر السويد من الدول الرائدة في تخطيط وإدارة الخدمات الصحية وخاصة في مجال الخطط الصحية الطويلة الأجل والإقليمية . ومن الملاحظ أن ٨٥% من ميزانية النظام الصحي السويدي توجه إلي الوقاية الطبية . الا أن مستشفيات الطب النفسي ظلت حتى ١٩٨٠ تحت مسؤولية الحكومة . وكانت الخدمات الصحية تدار بما يقرب من ٢٥ مجلس صحي علي مستوي المدينة والمقاطعة أو المحافظة عام ١٩٩٨ . عدا المدن الحرة مثال ستوكهولم . جوهانزبرج . مالمو ونوركوبنج . كل مقاطعة لها مستشفي مركزي وبعض المستشفيات الفرعية لتخدم حجم من السكان يقرب من ٢٥٠٠٠٠ – ٢٠٠٠٠٠ نسمة وتقوم المقاطعة بدفع تكاليف الخدمات الصحية مع تجميع ضرائب إقليمية للمساهمة في تغطية جزء من التكاليف الكلية . وأخيرا تحولت المسؤولية بخصوص الخدمات الصحية من وزارة الداخلية لوزارة الشؤون الاجتماعية والتي تشرف حاليا علي المجلس القومي للصحة من حيث الخطة والتجديد التطوير .

ويصل حجم المستشفي الفرعي بالسويد إلي حوالي ٣٠٠ سرير وتخدم حجم من السكان حوالي من ٦٠ – ٩٠ ألف نسمة مع وجود أقسام متخصصة في المستشفي تشمل : العمليات الجراحية . الطب العام والباطنة . الأشعة . أمراض النساء والولادة والأطفال . والطب النفسي . ووحدات الطوارئ تخدم حوالي من ١٠ – ٢٠ ألف نسمة.

ومن الجدير بالذكر أن تلك النسب تعتبر عالية بالمقارنة ببعض بلاد العالم وأن كانت أقل في بعض الأنشطة عن الموقف في الولايات المتحدة الأمريكية . ولكن يبدو الاهتمام متزايدا في ميدان صحة الأطفال وبالخدمات الوقائية كالأشعة والأعصاب أكثر من الاهتمام بالجراحة والعلاج .

ومن المعروف أن السويد تتمتع بانخفاض معدل الموتاليد وارتفاع معدل الحياة ومن هنا نجد أن هناك عدد كبير من السكان ينتمي لفئة السن المتقدم والتي تستهلك جزء ونوع معين من الخدمات الطبية . ولتحليل هذه المشكلة يستخدم مخططي الصحة بالسويد مؤشر الوحدة الاستهلاكية لكل فئة من فئات السن لتوضيح نسبة الاستهلاك للسن المعين ومن النوع المحدد من الخدمات الصحية .

وتحتفظ الوحدات الإقليمية الصحية في السويد بنظم آلية والكترونية لتشغيل المعلومات الإدارية والصيحة بالاعتماد علي الحسابات الالكترونية لضمان توفير معلومات عن تسجيل السكان وفقا للمهن والمنطقة الجغرافية والسكن وبعض المؤشرات الاقتصادية بالإضافة إلي استخدام خرائط جغرافية تشير للحجم والنوع والزمن للحركة المرورية والسفر والقيادة والحوادث ومراكز الصحة وتحرك السكان وغيرها . ولقد بلغت

نسبة الأنفاق السويدي علي الصحة أخيرا حوالي ١٨% من الدخل وينتظر أن يزيد ذلك المعدل حيث يتوفر لدي السويد موارد ضخمة يمكن أن توجه للتخطيط الصحي الإقليمي وتحسين الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية .

رابعا : طريقة أمريكا اللاتينية قياس العائد البديل والكفاءة الطبية :

تقوم هذه الطريقة علي مبدأ الكفاءة الطبية وهي تقاس بالنسبة لعائد المدخلات الطبية ومقارنتها بالعائد البديل أو الفرصة البديلة أي أنه إذا كنا ننفق جنيها واحدا في القطاع الصحي ويعطي عائد ٥% فيجب أن نفاضل بين هذا العائد أي ٥% وعن العائد إذا استثمرنا جنيها واحدا في نشاط آخر وتعتمد هذه الطريقة أيضا علي تحديد المشكلات الصحية والطبية في المناطق جغرافيا والبحث عن التنظيم الأمثل لتقديم العلاج والخدمات الصحية المطلوبة . وتوجد بعض المشكلات والصعوبات عند استخدام هذه الطريقة كلما كانت هناك حاجة لقياس العائد البديل أو ما أطلق عليه Opportunity Returns فهذه الطريقة تواجه الصعوبة التالية:

أ – تحديد الآراء الشخصية والقيم الاجتماعية في القياس .
ب – توفير أساليب القياس الكمي للظواهر الصحية الوصفية .
ج – توفير البيانات اللازمة للقياس الكمي للمنفعة الصحية لكل خدمة .
د – توفير البيانات اللازمة للقياس الكمي للمنفعة الصحية لكل خدمة.

ويأخذ تطبيق هذه الطريقة في تخطيط الخدمات الصحية قوميا المراحل التالية :
١ – تشخيص المشكلات الصحية .
٢ – تحديد البدائل الممكنة من حيث توفير الموارد الطبية .
٣ – تحديد خطة إقليمية ثم خطة عامة قومية للخدمات الطبية .

ويجب أن تكون المنطقة الإقليمية أو الجغرافية ذات حجم سكاني لا يزيد عن ١٥٠ ألف نسمة وتغطي الخدمات الصحية الطبية والجراحية والنساء والولادة ووحدة للأطفال والمركز الإقليمي الصحي له السلطات الإدارية والمالية التي لا تقل في قوتها السياسية عن الجهاز السياسي والمالي في المنطقة . ويوجد في مل منطقة إقليمية حوالي من ٢ – ٦ مناطق فرعية يخدم كل منها جهاز طبي فرعي متخصص ويتم اتخاذ القرارات لها مركزيا علي مستوي المنطقة الصحية الفرعية ويتحدد فاعلية القرار أو السياسة الصحية بإيجاد نسبة الوفيات نتيجة الأمراض في المنطقة إلي إجمالي الوفيات العام في المنطقة وكذلك التكلفة المطلوبة والمدفوعة لكل خدمة صحية .

ويقوم الجهاز الطبي المركزي (وزارة الصحة أو المجلس الصحي الأعلى) بتقدير للاحتياجات المالية المطلوبة للخدمات الصحية والطبية المطلوبة لكل منطقة علي حدة ،

وتقوم المنطقة أيضاً بتحديد الحد الأدنى والحد الأقصى للاحتياجات المالية والبشرية للتوصل للأهداف الصحية الإقليمية الموضوعة ، ثم يقوم الجهاز المركزي بمقارنة الخطتين ووضع أهداف عامة وقطاعية للأنشطة الصحية .

خامسا : تخطيط الخدمات الصحية بالولايات المتحدة الأمريكية :

لا يوجد في أمريكا تخطيط شامل للخدمات الصحية أو خطة قومية للخدمة الصحية ومنذ عام ١٩٣٥ (قانون الضمان الاجتماعي) ثم الموافقة علي بعض الخطط الطبية الفيدرالية لخدمة بعض المجموعات السكانية مثال برامج ومراكز رعاية الطفولة والمعوقين وبعض المستشفيات الصحية النفسية .

وتعتبر أول محاولة نحو التخطيط الصحي الأمريكي في قانون ١٩٤٦ لحصر الحاجات الصحية وبناء أجهزة من المتطوعين ولا تستهدف الربح لخدمة المرضي مثال مراكز الصحة العامة ومراكز الأمراض المتوطنة ومستشفيات الأمراض العقلية وذلك بهدف تحسين جودة الخدمات الصحية في البلاد . وفي عام ١٩٤٧ أخذت الحكومة الفيدرالية دورها الرئيسي في الدخول كشريك إداري للمنظمات الصحية وتنسيق الخطط الفرعية علي مستوي المحافظات داخل كل ولاية وكذلك علي مستوي الولايات . وأنشئت خدمة الصحة العامة الأمريكية عام ١٩٤٩ لتمويل مشروعات البحوث الصحية وإجراء التجارب وتنسيق الموارد الطبية واستخدامها بين المناطق والمستشفيات المختلفة . وبعد خمسة تطور قانون الخدمات الصحية العامة ليتضمن إقامة مراكز أمومة ومراكز للمسنين والعجزة وذو الأمراض المتوطنة . ولقد وافقت إدارة الصحة والتعليم والرفاهية الأمريكية المركزية في واشنطن علي ميزانية بلغت ١٣٤٠ مليون دولار في شكل منح وقروض لإنشاء مستشفيات جديدة وتحديد مراكز الوقاية الصحية القائمة عام ١٩٦٤ ولمدة خمسة سنوات ،وهو أو مرة تري أمريكا خطة شاملة قومية لتخطيط الخدمات الطبية . وجدير بالذكر أن عام ١٩٦١ قد شهد أيضاً تحول كبير في فلسفة أمريكا نحو تقديم الخدمات الطبية النفسية من مجرد مركز مغلق للعلاج النفسي لمراكز منفتحة علي المجتمع والبيئة والتفاعل معها وزيادة عدد المراكز العلاجية في هذا المجال .

وفي عام ١٩٧٠ حتى ١٩٧٣ زادت النفقات علي الخدمات الصحية بأمريكا حيث بلغت ٥٠٠ مليون دولار للمستشفيات العامة ٢٠٠ مليون دولار لبناء وحدات طوارئ في المستشفيات القائمة وبناء مراكز صحية أخرى ووحدات للعيادات الخارجية بالمستشفيات تساهم فيها الحكومة بنسبة حوالي ٩٠% من قيمتها .

ولقد وصل عدد المشروعات الصحية التي أقيمت عام ١٩٧٠ بأمريكا ما يقرب من ١٠٤٧١ مشروعا منها حوالي ٦٢٠٠ مشروع صحي عام ووحدات علاجية خيرية غير هادفة للربح في الأحياء الشعبية أي ما يقرب من ٤٥٦٦٦٣ سرير بالمستشفيات وحوالي ٢٩٧٩ وحدة وقاية صحية . ولقد أخذت بعض المناطق والولايات بنظام التخطيط والبرمجة والميزانية . (PPBS) Planning Programming, Budgeting System .

والذي يقوم علي المراحل التالية :

١- تحديد المشكلات الصحية في كل منطقة .
٢- تحديد أهداف المنطقة وترجمتها للاحتياجات الطبية .
٣- تحديد اتجاهات المنطقة والموارد والظروف وتقييمها .
٤- تحليل المشكلات الصحية وأسبابها بكل منطقة .
٥- وضع خطط بديلة ممكن أن تتمشي مع المشاكل الصحية بالمنطقة .
٦- استخدام تحليل التكلفة والعائد .
٧- بناء جدول للأهداف وأولوياتها وبرامج انجاز وعمل .
٨- وضع الخطة الشاملة علي مستوي المنطقة وتحديد المقاييس الشخصية والآراء بجانب المقاييس الكمية .
٩- تقييم مستوي الانجاز الطبي ومدي تحقيق الأهداف .

(ب) - المساعدات المالية للخدمات الصحية الشاملة علي مستوي الولاية ومستوي المدن ويتضمن هذا القانون إلزام كل ولاية ببناء لجنة تخطيط للصحة للإشراف علي الخدمات الصحية العامة والخاصة بحيث لا يزيد الإشراف الفيدرالي عن ٧٥% من مصروفات التخطيط للوحدات الإقليمية والفرعية ويمكن أن تشارك حكومة الولاية بنسبة ٥٠% من تكاليف الوحدات الصحية بالولاية وتوجد منافسة بين البرامج علي مستوي الولايات وفي داخل الولاية الواحدة وعلي مستوي البرامج المحلية الفرعية والقطاعية والكلية مما يحتاج إلي تنسيق مستمر بين تلك البرامج الصحية المختلفة .



الفصل الثالث عشر

حالات عملية وتمارين تطبيقية وأسئلة دراسية في تخطيط الخدمات الصحية

✍ بقراءتك لهذا الفصل يمكنك التدريب علي دراسة وتحليل بعض الحالات التطبيقية والتمارين والأسئلة الخاصة بمقرر تخطيط الخدمات الصحية .

مقدمـــة :

يعتبر تخطيط الخدمات الصحية من الأمور الهامة لتأثيرها علي إدارة المنظمات الصحية في جميع مجالات وعمليات وأنشطة التخطيط .

ويهدف هذا الفصل إلي عرض بعض الحالات التطبيقية ، والمختبرات ، وورش العمل والإستقصاءات ، هذا بجانب عرض لبعض الأسئلة المغلقة المتعلقة بالاختيار المتعدد أو أسئلة الصح والخطأ ، هذا إلي جانب عرض لبعض التمارين العملية الخاصة بعمليات التخطيط والتنبؤ ، ودراسة المشكلات واتخاذ القرارات الخاصة بالبرمجة الخطية أو تحليل التعادل ، وغيرها .

وفي ضوء ما سبق ، يمكننا في هذا الفصل طرح الأنواع التالية من التطبيقات :

- حالات عملية ومختبرات وورش عمل .
- استقصاءات .
- أسئلة من نوع الصح والخطأ .
- أسئلة متعددة الإجابات .
- تمارين .

أولا : حالات ومختبرات وورش عمل

مختبر

استعرض خبراتك الماضية في التخطيط للخدمات الصحية

تناول التساؤلات التالية بالتحليل بحيث تعكس خبراتك الماضية في التخطيط لتقديم الخدمات الصحية في المنظمة التي تعمل بها ، ثم استعرض إجاباتك مع زملائك للوقوف على الدروس المستفادة:

(١) أذكر حالة أو مناسبة استطعت التخطيط لها بفعالية ؟

---

(٢) ما هي العوامل التي ساعدتك على إمكانية التخطيط ؟

---

(٣) ما هي الفوائد والمزايا التي تحققت من التخطيط ؟

---

(٤) ما هي الأساليب والنماذج التي استخدمتها في التخطيط ؟

---

(٥) هل كان الجهد التخطيطي الذي بذلته – في رأيك – مناسبا ؟ ولماذا ؟

---

(٦) هل وجدت أن الوقت الذي قضيته في التخطيط له ما يبرره في الأجل الطويل ؟

---

(٧) هل أدى التخطيط الذي قمت به إلى توفير الوقت أو اختصـــا الجهـــد أو تلافـــي المشكلات ؟ كيف؟

مختبر بناء

العلاقة بين الرؤية والرسالة والغايات والأهداف

بمستشفي الأمل الدولي

استكمل البيانات التالية لمستشفي الأمل الدولي :

الرؤية :

....

....

....

....

الرسالة :

....

....

....

....

الغايات :

....

....

....

....

الأهداف :

....

....

....

....

تمرين

١- لو اعتبرنا أن النتيجة التي نرغب الوصول إليها هي :
" تنمية المهارات الإدارية والمالية للعاملين بالأقسام الإدارية بمستشفي السلامة في نهاية ديسمبر ٢٠١٥" ولدينا الثلاثة عناصر التالية :

- إتمام العمل بنهاية ديسمبر ٢٠١٥.
- بتكلفة لا تزيد عن ٥٠٠ ألف دولار.
- خمس إدارات بكل إدارة ١٠ موظفين تقريبا.

١- كيف تكتب هدفاً يشتمل علي خصائص الهدف الفعال ؟

....
....
....
....
....

٢- ما الذي يجعل الهدف الذي وضعته قابلاً للتطبيق ؟ هل لـديك الوقـت والمـوارد الكافية للعمل.

....
....
....
....
....

٣- اكتب هدفاً من واقع ظروف العمل الذي تؤديه بالمستشفي الآن ، مراعياً إمكانيـة تنفيذه بالموارد المتاحة لك.

....
....
....
....
....

ثانيا : استقصاءات

استقصـــــــــــاء
قياس القدرة على ممارسة مهارة التخطيط

عزيزي مدير المستشفي :

أمام سعادتكم العديد من العبارات ، كل عبارة تتكون من خمس استجابات بديلـــة هي : (أوافق تماماً، أوافق ، لا أرى ، لا أوافق ، لا أوافــق تمامـــاً). والمطلـــوب : وضع علامة (×) أمام استجابة واحدة أمام كل عبارة :

م	العبارات	أوافق تماماً	أوافق	لا أدري	لا أوافق	لا أوافق تماماً
١	تتطلب الخطوة الأولى في عملية التخطـيط ضـــرورة التحديد الواضح لأهداف المستشفي فقط.					
٢	الأهداف توجه المديرين في عملية اتخاذ القرارات.					
٣	الأهداف تســتخدم كأحــد معـــايير الأداء Performance Criteria					
٤	هدف الربح هو الهدف الوحيد للمستشفي.					
٥	توجد بعض الأهداف الخاصة بي التي لا تتفــق مــع أهداف المستشفي التي أعمل بها.					
٦	لا داعي لدراسة وتحليل أهداف المستشفي طالما أنهـــا معروفة ومعلنة للجميع.					
٧	تختلف أهداف الإدارة التي أعمل بها عن أهداف بقية الإدارة الأخرى بالمستشفي.					
٨	الاهتمام الرئيسي للإدارة هو تحديد الأهداف					
٩	يمارس الجميع بالمنظمات نشاطا إداريا بشكل أو بآخر.					
١٠	عملية التخطيط تعتبر من مهام الإدارة العليا فقط					
١١	تعد الإدارة علم وفن .					
١٢	الإستراتيجية هي الخطة طويلة الأجل .					
١٣	تتضمن الخطوة الأولى في التخطـيط صـــياغة السياســـات والإجراءات .					
١٤	المدير الفعال يستطيع أن يدير أي إدارة .					
١٥	الخطط التنفيذية تركز على الأمور الاستراتيجية.					

١٦	بدون تخطيط لا توجد رقابة.					
١٧	التخطيط التسويقي الجيد يمكن الإدارة من العمل بأسلوب رد الفعل.					
١٨	ليست كل مشاكل الإدارة نابعة من المنظمة .					
١٩	التخطيط الإستراتيجي يركز علي النظر للماضي ووضع الأهداف المستقبلية.					
٢٠	إدارة العنصر البشري أسهل من إدارة العناصر الأخرى.					
٢١	يعد التفكير الإستراتيجي بعدا هاما عند إجراء عمليات الإدارة الإستراتيجية.					
٢٢	من أفضل أسس نجاح الشركات المعاصرة العمل بالتوجه الإستراتيجي .					
٢٣	يعد التخطيط من أسس الجودة الشاملة.					
٢٥	النمط القيادي الأفضل هو النمط الأوتوقراطي.					
٢٦	الهدف الجيد القابل للتحقيق يجب أن يصاغ في صورة وصفية عامة.					
٢٧	تعددت التحديات التي تواجه الإدارة ومن ثم يجب الاعتماد على الخبرة .					
٢٨	يتم الاعتماد علي الأساليب المعاصرة في التخطيط .					
٢٩	تؤثر عوامل البيئة داخل المنظمة بشكل أكبر من تأثير البيئة الخارجية عند التفكير في صياغة استراتيجية المنظمة.					
٣٠	أهداف الإدارات المتعددة متضاربة أكثر منها متكاملة.					

استقصاء ..

كفاءة المديرين في الإلمام بالأبعاد الاستراتيجية

العبـــــــــــــارة	ينطبق ونحتاج إلى تطويره	ينطبق ولا نحتاج إلى تطويره	لا ينطبق ونحتاج إليه
أولا: فلسفة الإدارة:			
١. الإيمان بالتميز والتفوق.			
٢. الإيمان بأهمية التفاصيل وإتقان كل صغيرة وكبيـــرة في أي أداء.			
٣. الإيمان بأهمية العاملين والتعامل معهم كأفراد كل له شخصيته ومتطلباته وواجباته وأهدافه.			
٤. الإيمان بتفوق الخـــدمات الصـــحية التـــي يقـــدمها المستشفي.			
٥. الإيمان بأن أغلبية العـــاملين بالمستشـــفي أصـــحاب أفكار جديدة يمكن التطوير من تبنيهـــا وأن فشـــلت يجب تدعيم الفشل وتحويله إلى نجاح.			
٦. الإيمان بعدم أهمية الشكليات في الاتصـــالات. فكـــل موظف وعامل يمكنه الاتصال بالسلطات إلا علـــى بدون تعقيدات.			
٧. الإيمان بأهمية النمو الاقتصادي والربحية العالية.			
ثانيا: سمات المنظمات الفعالة استراتيجيا			
١. الحرص على الإنجاز.			
٢. التوجه نحو العملاء.			
٣. الالتزام واستقلالية القرار.			
٤. رفع الإنتاجية من خلال الموارد البشرية.			
٥. فلسفة وقيم المديرين.			
٦. التركيز على أسواق محددة.			
٧. بساطة الإجراءات وقلة العمالة.			
٨. الشدة مع اللين.			

العبـــــــــارة	ينطبق ونحتاج إلى تطويره	ينطبق ولا نحتاج إلى تطويره	لا ينطبق ونحتاج إليه
ثالثا: خصائص واضع الاستراتيجية: ١. أن يتمتع بمستوي عال بالقدرة على الإبداع. ٢. أن يكون على علم كبير بالمشكلات التي تواجه كـــل من (الخدمات، الأسواق، والتكنولوجيا المتاحة). ٣. أن يكون كفـءا في التحليل والمعاني المتعلقـــة بالعمـــل ومشكلاته، وطرق حل هذه المشكلات في حدود البيئة ٤. أن يكون لديه الوقت الكافي، والدافع للتفكير الابتكـــاري، وذلك ليضع اســـتراتيجية بـــالعمق الكـــافي وأن يعيـــد صياغتها وتحسينها، وأن يكون لديـــه منـــاخ الملائـــم للتعبير عن أفكاره بحرية للوصول للحلول الملائمة. ٥. أن يكون لديه القدرة على التعـــرف علـــى الأفكـــار الجديدة ذات القيمة لدي الآخرين. **رابعا:خصائص وسمات منفذي الاستراتيجية** ١. قادر على تحديد وصياغة الأهداف. ٢. يجيد استخدام الموارد المتاحة. ٣. لديه حساسية خاصة للزمن. ٤. يبتكر حلولا للمشكلات التي تواجهه. ٥. يتسم بقدرته على تحديد المخاطر. ٦. يدرك جيدا مسببات القرارات التي يتخذها. ٧. يستفيد من الصراعات والخلافات التنظيمية. ٨. يستطيع التأثير في الأفراد وينســـج مصـــالحهم مـــ أهداف المستشفي. ٩. يحقق النتائج ويضع المعايير لقياس الأداء. ١٠. ينمي خطط العمل في ضوء السياسات الموضوعة.			

استقصاء

القيادات الإدارية بالمستشفي وتطبيق إدارة الجودة الشاملة

نرجو وضع علامة (√) تحت الإجابة التي تراها معبرة عن رأى سعادتكم في كل عبارة عن العبارات التالية :

العبـــــــــارة	دائما	غالبا	أحيانا	قليلاً	نادراً
١- تعمل القيادات بالمستشفي التي أعمل بها على تحقيق التطوير في كل مكان.					
٢- يلتزم جميع العاملين بالمستشفي بتحقيق أعلى درجات الجودة في كل ما يقومون به.					
٣- الهدف الأساسي للمستشفي هو إرضاء العميل.					
٤- توصى القيادات بالمستشفي بأنه كلما زادت معلومات الأفراد كلما كانت قراراتهم أفضل وأكثر فعالية للعمل.					
٥- تركز القيادات بالمستشفي علي منع الأخطاء قبل حدوثها.					
٦- تستخدم القيادات بالمستشفي الطرق العلمية في تحليل وتطوير العمل بها.					
٧- تعمل قيادات المستشفي علي أن يكون العمل نمطياً قدر الإمكان.					
٨- تؤكد القيادات بالمستشفي علي أهمية العمل المستمر لجميع العاملين.					
٩- تؤمن القيادات بالمستشفي بأن الجودة الشاملة تعني إعادة تنظيم وتغيير أولويات وإضافة موارد جديدة .					
١٠- يعد العاملين أهم عنصر لتحقيق الجودة الشاملة في المستشفي.					
١١- تتصف التعليمات الصادرة للعاملين بالوضوح وسهولة التنفيذ.					
١٢-هناك لقاءات دورية تتم بين العاملين والإدارة للتعرف على مشكلات العمل ومقترحات تحسين الأداء.					
١٣- يتسم نظام المعلومات بالمستشفي بالكفاءة والفعالية.					
١٤-يوجد نظام إرشاد لخدمة عملاء المستشفي.					
١٥-يعرف العاملون بكل نشاط بالمستشفي من هم عملائهم.					
١٦-تهتم المستشفي بالتعرف علي رغبات العملاء بصورة مستمرة.					
١٧-تقوم المستشفي بتقييم الخدمات المقدمة للعملاء بصورة مستمرة.					
١٨-توجد بالمستشفي معايير لمعرفة درجة رضاء العملاء عن					

العبـــــــــــارة	دائما	غالبا	أحيانا	قليلاً	نادراً
الخدمة المقدمة.					
١٩-تعمل المستشفي باستمرار على تقوية مركزها التنافسي.					
٢٠-تقوم المستشفي بترجمة احتياجات عملائهـا فـي صـورة خدمات جديدة.					
٢١-العملاء علي علم تام بالأهداف والخدمات التي تقدمها المستشفي.					
٢٢- تهتم القيادات بالمستشفي ببرامج التعليم والتطوير الذاتي للعاملين.					
٢٣-تؤمن القيادات بالمستشفي بأن التطوير مسئولية كل فرد فيه.					
٢٤-تهتم المستشفي بالتدريب لكل المستويات الإدارية.					
٢٥-تتضمن برامج التـدريب مفهـوم وأدوات وأسـاليب إدارة الجودة الشاملة.					
٢٦- تتم البرامج التدريبية بالمستشفي وفقاً للاحتياجات الحقيقيـة لتدريب الأفراد.					
٢٧-تهتم المستشفي اهتماماً خاصاً باختيـار وتـدريب الأفـراد المطلوبين والمنقولين إلى تعيينات جديدة.					
٢٨- تهتم المستشفي بتدريب العالمين به على استخدام الأساليب الإحصائية المتعددة.					
٢٩-يتم تقييم البرامج التدريبية بالمستشفي بصفة مستمرة.					
٣٠-كل فرد بالمستشفي علي علم بسياساتها وأهدافها وملتزم بتحقيقها.					

ثالثا : حدد هل العبارة صحيحة أم خاطئة فقط دون تعليق :

١- يجب أن يتعهد الطبيب بتقديم خدمات صحية متماثلة ومتجانسة علي الدوام .
٢- تتمتع الخدمات الصحية بمجموعة من الخصائص تميزها عن غيرها من المنتجات الأخرى
٣- تنتج الخدمة الصحية وتقدم للانتفاع في وقت واحد .
٤- يمثل الاتساع في الخدمات الصحية عدد الخدمات داخل خط المنتجات .
٥- التنويع والتشكيل في الخدمات الصحية يشيران لنفس المعني .
٦- تعد مخازن الأدوية من نماذج المنظمات الصحية .
٧- تمر دورة حياة الخدمة الصحية بأربع مراحل أساسية .
٨- تتسم مرحلة التقديم للخدمة الصحية بارتفاع إيرادات الخدمة .
٩- تعد مرحلة نمو الخدمة الصحية أطول مرحلة من مراحل دورة حياة الخدمة.
١٠-يتكون نظام الخدمة الصحية من أربعة عناصر رئيسية.
١١-تعد القوي البشرية من بين مدخلات نظام الخدمات الصحية.
١٢-تمثل العمليات في نظام الخدمات الصحية مجموعة الإجراءات والطرق والوسائل اللازمة لتقديم الخدمة الصحية ومنها العمليات الإدارية.
١٣-تمثل التغذية المرتدة نتائج العمليات وهي تعكس كفاءة وفعالية الخدمات .
١٤-من بين معايير تقديم الخدمة الصحية العدالة وهي تعني المساواة .
١٥-معيار الفعالية ومعيار الكفاءة عند تقديم الخدمات الصحية يركزان علي تخفيض التكاليف .
١٦-يعد التغير في التركيبة العمرية للسكان من بين التحديات التي تواجه إدارات المنظمات الصحية.
١٧-إن عدم كفاءة نظم الأجور والمرتبات يعد من المعوقات الخارجية التي تواجه المنظمات الصحية.
١٨-من أهم المعوقات الخارجية للأداء في المنظمات الصحية ما تفرضه الحكومة من قيود وسياسات عامة.
١٩-يتمثل التسويق الصحي في البيع والإعلان والترويج للخدمات الصحية .
٢٠-يعد عدم توافر الإمكانات البشرية المتخصصة من أهم المعوقات الداخلية التي تواجه الأداء في المنظمات الصحية .
٢١-تتمثل عناصر المزيج التسويقي في المستشفي في المنتج والسعر والترويج .
٢٢-يعرف البنك الدولي الصحة علي أنها حالة كاملة للسلامة البدنية والذهنية والجسمية
٢٣-تهدف السياسات الصحية في تطبيقها إلي التقليل من حالات المساواة بين أفراد المجتمع
٢٤-من خصائص الخدمات الصحية أنها ملموسة
٢٥-من خصائص الخدمات الصحية أنها متجانسة
٢٦-من خصائص الخدمات الصحية أنها لا تتأثر بالقوانين والأنظمة الحكومية

٢٧-من خصائص الخدمات الصحية أنها غير متجددة
٢٨-يمكن تقسيم أنماط الخدمات الصحية غلي خدمات وقائية وعلاجية وتمريضية فقط
٢٩-تقتصر المنظمات الصحية علي تقديم خدمة وحيده
٣٠-يتسم مزيج الخدمات الطبية بالإتساع والعمق فقط
٣١-من أشكال المنظمات الصحية المستشفيات والمراكز الصحية والمختبرات فقط
٣٢-تبدأ دورة حياة الخدمة الصحية بمرحلة التقديم وتنتهي بمرحلة النضوج
٣٣-تتسم مرحلة التقديم بارتفاع إيرادات الخدمة
٣٤-تتسم مرحلة النمو بانخفاض الإيرادات وانخفاض حدة المنافسة
٣٥-تعتبر مرحلة النضوج أقصر مرحلة في دورة حياة الخدمة
٣٦-تتسم مرحلة الانحدار بأنها أطول مرحلة في دورة حياة الخدمة
٣٧-يتكون نظام الخدمات الصحية من مدخلات وعمليات ومخرجات فقط
٣٨-تشمل مدخلات نظام الخدمات علي التجهيزات والمباني والقوي البشرية فقط
٣٩-من مؤثرات مدخلات البيئة الخارجية الرقابة الاجتماعية علي نظام الرعاية الصحية
٤٠-تنقسم مدخلات نظام الخدمات الصحية إلي مدخلات داخلية ومدخلات خارجية
٤١-تعرف الإجراءات علي أنها مجموعة متتابعة من الخطوات تعمل علي تحويل المخرجات إلي مدخلات
٤٢-تعرف العمليات علي أنها أنشطة تعمل علي تحويل المدخلات من مقدمي الخدمة إلي مخرجات لصالح المنتفع
٤٣-تعرف الإجراءات علي أنها مجموعة من الخطوات التي يقوم بها العميل للحصول علي الخدمة
٤٤-يمكن تعريف المخرجات علي أنها نتائج العمليات
٤٥-تعمل التغذية المرتدة علي لكتشاف مواطن القصور في عملية إنتاج الخدمة
٤٦-من معايير تقديم الخدمات الصحية معيار التكلفة والفعالية والكفاءة فقط
٤٧-العدالة تعني تلقي مستقبلي الخدمة أنصبة متساوية من الخدمة
٤٨-الأمان الصحي هو عدم شعور المواطن بأن الخدمة الصحية متوافرة بكفاءة وفاعلية
٤٩-من المبادئ الأساسية للسياسة الإصلاحية لتقديم الخدمة الصحية العمومية الجودة والعدالة
٥٠-تهدف السياسة الإصلاحية للخدمات الطبي إلي تحديد مجموعة خدمات الرعاية الصحية الواجب توافرها لكل مواطن
٥١-التغير في البيئة يعني ازدياد أعداد المعمرين
٥٢-تعتبر القيود التي تفرضها الحكومة والسياسات العامة من المعوقات الداخلية للمنظمات الصحية
٥٣-يعتبر عدم توافر الإمكانات البشرية المتخصصة من المعوقات الخارجية للمنظمات الصحي
٥٤-التسويق الصحي هو التخطيط

٥٥-يتكون التسويق الصحي ن ثلاثة مراحل
٥٦-تشتمل مرحلة التحليل علي تحليل البيئي وحاجات وتوقعات المرضي فقط
٥٧-عرف كوتلر التسويق الصحي علي أنه وظيفة إدارية
٥٨-تتكون مرحلة التخطيط في التسويق الصحي من ثلاثة خطوات فقط
٥٩-تتم مرحلة التقييم والتنفيذ للتسويق الصحي من خلال إدارة المزيج التسويقي الصحي
٦٠-تهدف مرحلة التغذية العكسية والرقابة في التسويق الصحي إلي تعديل الأخطاء ومعالجة الانحرافات .
٦١-تعرف فلسفة لزبون علي أنها تلبية المنظمات الصحية لحاجاتهم
٦٢-يعرف المنتج علي أنه مقدار مايدفعه المريض من نقد مقابل المنافع التي يحصل عليها
٦٣-يقتصر دور الأفراد علي الإدارة للمنشآت الصحي
٦٤-يساعد التسويق في جذب القدرات البشرية المؤهلة إلي المنظمات الصحية
٦٥-يمكن التسويق المنظمات الصحية من معرفة حجم الطلب المتوقع علي الخدمات المقدمة
٦٦-تتكون محددات الجودة في تسويق الخدمة الصحية من بعدين فقط
٦٧-لا يعتبر العنصر البشري محدد أساسي لجودة تسويق الخدمة الصحية
٦٨-تعني الإستجاب قدرة مقدم الخدمة علي أدائها بالجوده المطلوبة فقط
٦٩-الجوانب الملموسة هي التسهيلات المادية في المستشفيات
٧٠-يتكون التخطيط التسويقي من تحديد الأهداف ووضع الخطط لتحقيق هذه الأهداف فقط .
٧١-محفظة الأعمال هي عبارة عن مؤسسة صحية كاملة .
٧٢-تهدف محفظة الأعمال إلي تقرير أي الأعمال أو المنتجات الصحية التي يجب الاحتفاظ بها .
٧٣-تعرف التكنولوجيات الصحية علي أنها جميع الموارد المستخدمة من أجل تلبية الاحتياجات الصحية للمرضي فقط .
٧٤-تتمثل وظائف الإدارة في القطاع الصحي في التخطيط والتنظيم والرقابة .
٧٥-تنبع أهمية التخطيط من كثرة الموارد المتاحة وعدم التأكد من المستقبل .
٧٦-يقوم بعملية التخطيط للأعمال الرئيسية الإدارة العليا .
٧٧-يستهدف التخطيط لتنفيذ العمل وضع الخطط الرئيسية حسب الهدف الرئيسي للمؤسسة .
٧٨-التوجيه هو توزيع المهام والمسئوليات والوجبات التي تم تحديدها في عمة التخطيط.
٧٩-من مميزات العمل بروح الفريق القدرة علي التغير والتطوير.
٨٠-من فوائد العمل بروح الفريق أن الناتج يكون أكثر تقنية .
٨١-يعرف التخطيط علي أنه الإطار الذي ينفذ من خلاله الوظائف الإدارية .
٨٢-يشتمل التخطيط الصحي علي تحديد الأهداف ووسائل تحقيقها فقط .
٨٣-التخطيط الصحي هو عملية مؤقتة تهدف إلي تحقيق أهداف محددة .

٨٤-التخطيط العلمي المدروس في المؤسسات الصحية سبب تقدم المنظمات الصحية في الدول النامية .
٨٥-تشمل فوائد التخطيط علي تحديد الأهداف والتنسيق والاستخدام الأمثل للموارد .
٨٦-يتميز التخطيط الصحي باعتماده علي بيانات ومعلومات دقيقه .
٨٧-يعاب علي التخطيط الصحي كثرة الوقت الضائع في عملية التخطيط .
٨٨-من مزايا التخطيط وضوح الرؤية لدي العاملين بالمنشأة مما يترتب عليه الأثر الإيجابي علي الحالة النفسية للعاملين .
٨٩-من مزايا التخطيط الصحي أنه يشجع علي الإبداع والابتكار .
٩٠- لا يوجد فرق بين معوقات التخطيط والعوامل المحددة له .
٩١-تؤثر العوامل المحددة للتخطيط الصحي تأثيرا سلبيا علي العملية التخطيطية .
٩٢-يمكن تقسيم الخطة الصحية علي أساس زمني ووظيفي فقط .
٩٣-يعني تقسيم الخطط علي أساس زمني أن يتم عمل خطة لكل قطاع داخل المنظمة الصحية .
٩٤-يمكن تقسيم الخطة علي أساس وظيفي إلي نوعين رئيسين فقط .
٩٥-التخطيط التنظيمي يقصد به الدراسة والتحليل والتنمية للقوي العاملة في المنظمة الصحية .
٩٦-التخطيط الكلي يتم عمله علي مستوي المنظمة الصحية فقط .
٩٧-يتم تقسيم مستويات التخطيط الصحي إلي ثلاثة مستويات فقط .
٩٨-المستوي القطاعي يقتصر التخطيط فيه علي منظمة محددة .
٩٩-من معوقات التخطيط الصحي عدم وضوح الأهداف واللوائح والقوانين .
١٠٠-يمكن تقسيم معوقات التخطيط الصحي إلي معوقات داخلية وخارجية فقط .
١٠١-تنطوي صعوبة التوفيق بين متطلبات الخطة في سرعة ودقة جمع البيانات .
١٠٢-من خصائص التخطيط الصحي الجيد وضوح الهدف النهائي وواقعية الخطة.
١٠٣-تقتصر المبادئ العامة للتخطيط الصحي علي الإيجابية والواقعية والالتزام .
١٠٤-يقصد بالإيجابية قابلية الخطة للتعديل المستمر مع متطلبات الواقع المتغيرة .
١٠٥-تتمثل معوقات البيئة الخارجية في مقاوم التغير وصعوبة التوفيق بين متطلبات الخطة .
١٠٦-تقوم عملية التخطيط الصحي علي ثلاثة عناصر فقط .
١٠٧-تعرف الأهداف علي أنها الغايات التي ترغب المنظمة في تحقيقها .
١٠٨-يمكن تقسيم الأهداف إلي أهداف عامة وأهداف فرعية .
١٠٩-وضوح الأهداف يساعد في تقويم الأداء .
١١٠-من الأهداف العامة الإنتاجية وتنمية الموارد البشرية والتكلفة .
١١١-يقصد بالتنبؤ استقراء ما سيحدث في المستقبل .
١١٢-يقصد بالسياسات الصحية مجموعة المحددات التي تحد من أسلوب التصرف نحو تحقيق الأهداف .

١١٣- تتمثل مزايا السياسات في تحقيق نوع من التناسق والانسجام بين الجهود المختلفة.
١١٤- لا يوجد فرق بين مميزات وفوائد السياسات .
١١٥- تقتصر السياسات علي الإدارات الوسطي والدنيا .
١١٦- من فوائد السياسات تطوير قدرات المديرين والمسئولين الحالين .
١١٧- يقصد بتحديد الإجراءات الطريق الصحيح التي يجب أن يسير العمل عليها .
١١٨- الإجراءات أكثر أهمية من السياسات .
١١٩- من عيوب الإجراءات عدم وجود المرونة .
١٢٠- من عيوب الإجراءات أنها تتعامل مع العنصر البشري كآلة .
١٢١- يقصد بالموارد العناصر الضرورية لتنفيذ الخطة .
١٢٢- تقتصر مراحل التخطيط الصحي علي ثلاثة مراحل فقط .
١٢٣- يقصد بتحليل الوضع الراهن تحديد الاحتياجات الخارجية .
١٢٤- التقييم الفعال يتصف بالخصوصية بمعني أنه يتم التقييم علي جانب محدد .
١٢٥- تعرف الموسوعة الدولية للعلوم الاجتماعية السياسات الصحية بأنها مجموعة من الأهداف أو البرامج الأساسية الغير معلنة في مجال الصحة تصاحبها مجموعة من الأفعال المتجسدة في قرارات تشريعية وتنفيذية .
١٢٦- السلوك الفردي هو السبب الوحيد للمشاكل الصحية .
١٢٧- التنبؤ هو جوهر عملية التخطيط والدعامة الأساسية التي يرتكز عليها .
١٢٨- دائما تكون نتيجة التنبؤ صحيحة .
١٢٩- يبني التنبؤ علي أربع افتراضات فقط .
١٣٠- تنقسم الأساليب المستخدمة في التنبؤ إلي أساليب كمية ووصفية فقط.
١٣١- الأساليب الوصفية تعتمد علي الأساليب الإحصائية .
١٣٢- طريقة دلفي من الأساليب الكمية للتنبؤ .
١٣٣- تعرف طريقة دلفي علي أنها عملية غير رسمية يقوم بها مجموعة من الخبراء للوصول إلي اتفاق جماعي بشأن المستقبل .
١٣٤- في طريقة دلفي يكون أفراد المجموعة مرتبطين بعلاقة مباشرة .
١٣٥- الخطوة الأولي في طريقة دلفي هي تحديد أعضاء الاجتماع من الخبراء .
١٣٦- يرجع تسمية طريقة الجماعة الصورية إلي أن تكوينها اسمي فقط .
١٣٧- الخطوة الرابعة في طريقة الجماعة الصورية هي إرسال بطاقة دعوة للاجتماع مع تحديد زمان ومكان الاجتماع .
١٣٨- تحليل السلاسل الزمنية تعتبر من أساليب التنبؤ الكمية .
١٣٩- يعتمد أسلوب السلاسل الزمنية علي تجميع بيانات عن فترة ماضية .
١٤٠- تعتمد أسلوب السلاسل الزمنية علي ثبات الظروف والعوامل المؤثرة في الأحداث .
١٤١- من أشكال السلاسل الزمنية الاتجاه العام والتغيرات الدورية والموسمية والعشوائية .

١٤٢- يقصد بالتغيرات الموسمية تلك التحركات المنتظمة لمجموعة من المشاهدات تتم في أوقات معينة وعلي فترات زمنية غير متساوية .
١٤٣- التغيرات الدورية تتسم بأنها تغيرات تتم علي فترات زمنية قصيرة المدى .
١٤٤- التغيرات العشوائية هي عبارة عن تحركات منتظمة سواء بالزيادة أو النقصان .
١٤٥- تحليل الانحدار هي عبارة عن مقارنة بين التغيرات التي طرأت في الماضي علي أحد المتغيرات وبين التغيرات الحالية لمتغير ذي قابلية التنبؤ.
١٤٦- من مزايا أسلوب تحليل الانحدار هو سهولة الحصول علي بيانات كافية وصحيحة تمثل قيم المتغيرات التابعة والمستقلة .
١٤٧- أول من قام باستخدام البرمجة الخطية هم البريطانيون .
١٤٨- يتميز أسلوب البرمجة الخطية بالسهولة بالمقارنة ببعض الأساليب الأخرى .
١٤٩- تعرف البرمجة الخطية علي أنها وسيلة تحليلية لتحديد المزيج الأمثل من الموارد المحدودة .
١٥٠- من شروط تطبيق أسلوب البرمجة الخطية أن تتوافر في المشكلة موضوع الدراسة إمكانية التعبير عنها في شكل كمي .
١٥١- من شروط تطبيق البرمجة الخطية توافر عنصر الخطية .
١٥٢- يتكون أسلوب البرمجة الخطية من عنصرين فقط .
١٥٣- تتكون طريق برت من أربعة عناصر فقط .
١٥٤- الخطوة الأولي في إعداد شبكة تقييم ومراجعة البرامج هي تحليل المشروع .
١٥٥- المسار الحرج هو أقصر مسارات الأنشطة الحرجة في الشبكة .
١٥٦- لا يوجد اختلاف بين التخطيط الإستراتيجي والتخطيط العادي .
١٥٧- يبدأ التخطيط الإستراتيجي من المستويات الإدارية الدنيا .
١٥٨- التخطيط الإستراتيجي عملية يتم بواسطتها تصور مستقبل المنظمة .
١٥٩- الخطوة الأولي للتخطيط الإستراتيجي هي الاستعداد والتهيؤ .
١٦٠- لا يوجد فرق بين الرؤية والرسالة .
١٦١- يجب أن تشتمل الرسالة علي ثلاثة أمور أساسية .
١٦٢- يتم توضيح الرؤية من تحليل الماضي والحاضر والمستقبل .
١٦٣- يقصد بالقيم الثقافة التنظيمية التي تحكم العمل داخل المنظمة .
١٦٤- يتكون نموذج سوات من خمسة عناصر .
١٦٥- تعني صياغة الخطة ترجمة الخطة الإستراتجية إلي مجموعة من الخطط التنفيذية .
١٦٦- لإنجاح التخطيط الإستراتيجي للخدمات الصحية لابد من توافر الموارد المالية والبشرية .
١٦٧- الاختلاف بين الخطة الإستراتجية والخطط التنفيذية يؤدي إلي فشل التخطيط الإستراتيجي
١٦٨- تحليل البيئة الخارجية يتم عن طريق معرفة نقاط القوي والضعف للمنظمة الصحية .
١٦٩- تعرف خطة الصحة القومية علي أنها إطار محدد ليحكم السياسات والقرارات المطلوب اتخاذها لحل المشكلات الصحية علي مستوي المنظمة الصحية .

١٧٠- يتم عمل خطة الصحة القومية في روسيا بناءا علي المدخل التجريبي للتخطيط القومي بينما في الهند علي التخطيط المركزي .
١٧١- تعرف المشكلة علي أنها حالة من الرضا تنشأ عن إدراك عدم وجود عوائق تعترض الوصول للهدف .
١٧٢- ترجع المشكلات الإدارية في المؤسسات الصحية إلي ثلاثة أسباب فقط .
١٧٣- الخطوة الأولي لحل المشكلات هي تحديد المشكلة الحقيقة .
١٧٤- إدراك المشكلة يقصد بها وجود ظواهر وأعراض في الأفق للمشكلة .
١٧٥- عدم إدراك المشكلة يؤدي إلي الفشل في حل المشكلة .
١٧٦- تعريف المشكلة يقصد بها تحديد الأسباب الحقيقة وعدم الاكتفاء بحل الظواهر .
١٧٧- تحليل البيانات يعني جمع كافة البيانات التي قد تسهم في التعرف علي جوانب المشكلة .
١٧٨- وضع البدائل تعني التعرف علي كافة الحلول الإبتكارية الممكنة .
١٧٩- تهدف عملية تقييم البدائل إلي اختيار البديل الأمثل .
١٨٠- البديل الأمثل هو الحل السحري للمشكلة .
١٨١- القرار الإداري هو عبارة عن عمل يتعلق بالوقت الحالي .
١٨٢- يقصد باتخاذ القرار مجموعه الخطوات والإجراءات تهدف إلي اختيار أفضل الحلول .
١٨٣- الخطوة الأخيرة في اتخاذ القرار هي تحليل وتقييم الأساليب والحلول البديلة .
١٨٤- يمثل تحديد الهدف ٥٠% من تحديد المشكلة .
١٨٥- تهديد الهدف يعني تحديد المشكلة .
١٨٦- المشكلة الحقيقة التي تواجه متخذي القرار هي نقص البيانات .
١٨٧- لا يوجد فرق بين البيانات والمعلومات .
١٨٨- يعني تقييم الحلول البديلة التعرف علي كافة العيوب والمزايا الخاصة بكل بديل .
١٨٩- متابعة التنفيذ تهدف إلي قياس مدي نجاح البديل في حل وعلاج المشكلة .
١٩٠- يقصد بالأركان الفنية هي كافة السمات والخصائص التي تكسب الشرعية للقرار .
١٩١- يمكن تقسيم القرارات في مؤسسات الخدمات الصحية إلي ثلاثة أنواع : قرارات نهائية وقرارات تشغيلية وقرارات برمجية فقط .
١٩٢- القرارات النهائية هي عبارة عن قرارات يقوم باتخاذها مسئولو الوحدات وهي قرارات نمطية يومية .
١٩٣- من خصائص نظام دعم القرارات في المجال الصحي أنه يقدم الدعم لقرارات المديرين في الإدارة العليا فقط .
١٩٤- يتكون نظام دعم القرارات في المجال الصحي من الهيكل الداخلي للنظام والبيئة التي يعمل فيها النظام فقط .
١٩٥- يتكون الهيكل الداخلي للنظام من أربعة نظم فرعية فقط .
١٩٦- من عوامل فشل النظام عدم وجود نظام للحاسب الإلكتروني داخل المؤسسة الصحية .

١٩٧- من عوامل نجاح النظام توافر الدعم المالي لتطوير نظام الحاسب الآلي .
١٩٨- المشكلات السلوكية هي التي ترتبط مباشرة بالكفاءة التشغيلية لأنظمة الحاسب الآلي .

رابعا : اختر الإجابة الصحيحة من بين الإجابات التالية :

١. من خصائص الخدمات الصحية
أ- غير ملموسة | ب- تزامن إنتاجها مع تقديمها
جـ- التباين | د- كل ما سبق

٢. من مزايا الخدمات الصحية
أ- خدمة خاصة | ب- منخفضة التكلفة
جـ- ثابت الطلب علي الخدمة | د- تتأثر بالقوانين والأنظمة الحكومية

٣. من محاور الخدمات الصحية
أ- الطب النووي | ب- الأشعة
جـ- التأمينية | د- كل ما سبق

٤. يتميز مزيج الخدمات الطبية بـ
أ- الاتساع | ب- العمق
جـ- الارتباط | د- كل ما سبق

٥. من نماذج المنظمات الصحية
أ- شركات التأمين | ب- العيادات الخاصة
جـ- شركات الأدوية | د- كل ما سبق

٦. تتميز مرحلة التقديم
أ- ارتفاع الإيرادات | ب- قصر عمر المرحلة
جـ- انخفاض الدعاية الطبية | د- وضوح الرؤية

٧. تتسم مرحلة النمو بـ
أ- ارتفاع الأرباح | ب- انخفاض حدة المنافسة
جـ- انخفاض الدعاية الطبية | د- عدم وجود سياسة تسويقية واضحة

٨. تتسم مرحلة النضوج
أ- طول عمر المرحلة | ب- استخدام أساليب ترويجية مختلفة
جـ - اجتذاب مستخدمين جدد | د- كل ما سبق

٩. تتميز مرحلة الانحدار بـ
أ- انخفاض إيرادات الخدمة | ب- انخفاض حدة المنافسة
جـ- استخدام أساليب ترويجية مختلفة | د- كل ما سبق

١٠. المكون الأول لنظام الخدمات الصحية هي
....

أ- المدخلات ب- العمليات
جـ- المخرجات د- التغذية العكسية

١١.من عناصر المدخلات الداخلية
أ- المباني ب- التجهيزات
جـ- القوي البشرية د- كل ما سبق

١٢.مجموعة متعاقبة من الخطوات تعمل علي تحويل المدخلات إلي مخرجات يقصد بها
أ- العمليات ب- الإجراءات
التغذية المرتجعة د- البرامج

١٣.من معايير تقديم الخدمة الصحية
أ- الكفاءة ب- الفاعلية
جـ- العدالة د- كل ما سبق

١٤.من المبادئ الأساسية للسياسة الإصلاحية لتقديم الخدمة الطبية
أ- العمومية ب- الجودة
جـ- الفاعلية د- كل ماسبق

١٥.التغير في التركيبة العمرية يقصد بها
أ- تغير البيئية المادية ب- ازدياد أعداد المعمرين
جـ - زيادة البحوث والابتكارات د- كل ما سبق

١٦.من المعوقات الخارجية لأداء في المنظمات الصحية
أ- التركيز في إدارة المستشفيات علي الجوانب الفنية
ب- تركيز الإدارة في أيدي الأطباء بدون توافر المهارات الإدارية
جـ- القيود التي تضعها الحكومة والسياسات العامة للمجتمع
د- عدم كفاءة نظم الأجور والحوافز

١٧.عرف كوتلر التسويق الصحي بأنه
أ- البيع والإعلان والترويج للخدمات الصحية ب- التخطيط
جـ- وظيفة إدارية د- التخطيط والرقابة

١٨.يتكون لتسويق الصحي من
أ- مرحلة واحدة ب- مرحلتين
جـ- ثلاثة مراحل د - أربع مراحل

١٩.التوجه الإستراتيجي للتسويق الصحي هو
أ- التعرف علي أولويات وحاجات الزبائن
ب- تحليل السوق والتخطيط والتنفيذ والرقابة
جـ- توفير لمعلومات اللازمة بالنوعية والكمية المناسبة

د- توليد إستراتجيات وخطط مبتكرة

٢٠.من مميزات السوق المستهدف
أ- جعل المنظمة الصحية في موقف أفضل
ب- تلبية المنظمة الصحية لحاجات العملاء.
جـ- جعل المنظمة الصحية أكثر دقة في إستخدام المزيج التسويقي
د- كل ما سبق

٢١.ما يدفعه المريض من نقد مقابل الخدمة التي يحصل عليها هو
أ- السعر ب- الترويج
جـ- المنتج د- المكان

٢٢.من الأبعاد الأساسية لجودة تسويق الخدمات الصحية
أ- سمعة مقدم الخدمة ب- مهارة الأفراد مقدمي الخدمة
جـ- القيمة المضافة للخدمات المساعدة د- كل ماسبق

٢٣.من مكونات التخطيط التسويقي
أ- تحديد الوضع الحالي للمنظم الصحية ب- تحديد أهداف المنظمة الصحية
جـ- الرقابة علي الخطة د- كل ما سبق

٢٤.الإدارة التي تقوم بعمل التخطيط الإستراتيجي
أ- الإدارة العليا ب- الإدارة الوسطي
جـ- الإدارة التنفيذية د- كل ما سبق

٢٥.يقصد بتوزيع لمهام والمسؤوليات والواجبات التي تم تحديدها في عملية التخطيط
أ- التنظيم ب- التوجيه
جـ- العمل بروح الفريق د- الرقابة

٢٦.يشتمل التوجيه علي
أ- إعطاء التوجيهات ب- التوقيع
جـ- أوامر العمل د- كل ما سبق

٢٧.التسويق في المنظمات الصحية يعمل علي :
أ- تحسين صورة المنظمة الصحيةب- مرونة المنظمة الصحية في تلبية حاجات المجتمع
جـ- الرضا في السوق المستهدف د- كل ما سبق

٢٨.عنصر الاتصال بالجمهور هو
أ- العمليات ب- الأفراد
جـ- الترويج د- المكان

٢٩.تقديم أعلي جودة من الخدمات بأقل تكلفة هي
أ- العدالة ب- الجودة

جـ- الفعالية د- العمومية

٣٠.كل مما يلي من خصائص الخدمات الصحية ، عدا :

أ - أنها خدمة عامة للجمهور ب - التباين في عرضها .

ج - يمكن التنازل عنها بعد الحصول عليها .د - تذبذب الطل عليها .

٣١.من بين محاور الخدمات الصحية :

أ - الطب النووي . ب - الإدارية والمالية .

ج - التأمينية . د - كل مما سبق .

٣٢.الاتساع في الخدمات الصحية ، يعني :

أ - عدد خطوط الخدمات التي تقدمها المنظمة الصحية .

ب - عدد الخدمات داخل خط الخدمات .

ج - تقديم الخدمات بأنواع متباينة .

د - إضافة مزايا جديدة شكلا ومضمونا .

٣٣.تكون إيرادات الخدمة الصحية في هذه المرحلة في حالة انخفاض لأنها غير معروفة :

أ - مرحلة التقديم . ب - مرحلة النمو .

ج - مرحلة النضوج . د - مرحلة الانحدار .

٣٤.تتسم مرحلة .... بارتفاع الأرباح وزيادة حدة المنافسة .

أ - مرحلة النضوج . ب - مرحلة النمو .

ج - مرحلة التقديم . د - مرحلة الانحدار .

٣٥.يعد كل مما يلي من مدخلات نظام الخدمات الصحية ، ماعدا :

أ - القوي البشرية . ب - التجهيزات .

ج - عمليات الرعاية . د - مستلزمات التشغيل .

٣٦.من أهم الإجراءات الخاصة بعمليات نظام الخدمات الصحية :

أ - عمليات مكافحة انتشار العدوى .ب - عمليات الرعاية الإكلينيكية .

ج - عمليات تدفق المرضي أثناء تركهم . د - كل ما سبق .

٣٧.تتمثل مخرجات نظام الخدمات الصحية في :

أ - نتائج العمليات . ب - نظم العمل .

ج - المسوحات الخاصة بالبيئة . د - عمليات التثقيف الصحي .

٣٨.يقصد به شعور المواطن بأن الخدمات الصحية متوفرة بكفاءة وفعالية ، والتكاليف في مستوي القدرة علي الدفع :

أ - معيار التكلفة . ب - معيار الأمان الصحي .

ج - معيار العدالة . د - معيار الفعالية .

٣٩.حصول جميع المواطنين علي نفس مجموعة الخدمات الصحية :
أ - العمومية ب – الجودة .
ج – الفعالية . د - العدالة .

٤٠.كل ما يلي من المعوقات الخارجية للأداء في المنظمات الصحية المماثلة :
أ - القيود التي تفرضها الحكومة . ب – القيود التنافسية بين المنظمات الصحية المماثلة
ج – نظم وسياسات استيراد وتصدير الأجهزة الطبية .
د - عدم توفر الإمكانات البشرية المتخصصة كما وكيفا .

٤١.ترجع أهمية التخطيط الصحي إلي
أ- التنسيق ب- الاستخدام الأمثل للموارد
جـ - الرقابة المحكمة د – كل ما سبق

٤٢.يتميز التخطيط الصحي بـ
أ- التنبؤ بالمستقبل ب- ضياع الوقت
جـ - تحديد الهيكل التنظيمي د- أ، جـ معا

٤٣.من عيوب التخطيط الصحي
أ- عدم القدرة علي اتخاذ قرارات سريعة ب- ضياع الوقت
جـ - اعتماده علي أساليب التنبؤ د – كل ما سبق

٤٤.يقسم التخطيط الصحي علي أساس زمني إلي
أ- خطة طويلة الأجل ب- خطة قصيرة الأجل
جـ - أ، ب معا د – تخطيط بشري

٤٥.يقسم التخطيط الصحي علي أساس وظيفي إلي
أ- تخطيط تطويري ب- تخطيط تنظيمي
جـ - تخطيط بشري د- كل ما سبق

٤٦.يقسم التخطيط الصحي حسب النشاط إلي
أ- تخطيط كلي ب- تخطيط جزئي
جـ - أ، ب معا د - تخطيط تنظيمي

٤٧.تشمل مستويات التخطيط الصحي علي
أ- مستوي قومي ب- مستوي قطاعي
جـ- مستوي المنظمة د- كل ما سبق

٤٨.ينتج العجز عن تحديد أهداف واضحة بسبب
أ- عدم الرغبة في تحمل مخاطر الفشل ب- ضعف الثقة بالنفس
جـ- أ، ب معا. د- توافر المعلومات الضرورية

٤٩.من معوقات البيئة الداخلية للتخطيط

أ- مقاومة التغيير ب- اللوائح والقوانين ومتطلبات الاعتماد
جـ - طول المدى الزمني د- التقدم العلمي

٥٠.من معوقات البيئية الخارجية
أ- مقاومة التغير الذي ينطوي عليه التخطيط ب- الخصائص والأنماط الإدارية السائدة
جـ- صعوبة التوفيق بين متطلبات الخطة د – اللوائح والقوانين ومتطلبات الاعتماد

٥١.من خصائص التخطيط الجيد
أ- وجود هدف نهائي للخطة ب- البساطة والوضوح للخطة
جـ - واقعية الخطة د – كل ما سبق

٥٢.العلمية يقصد بها
أ- قابلية الخطة للتعديل المستمر ب- تحقيق وإحداث تغيرات جذرية
جـ- تطبيق التخطيط الصحي علي أساس علمي د- معرفة نواحي القوي والضعف

٥٣.من المبادئ الأساسية للتخطيط الصحي
أ- إنجاز الخطة ووضوح الأهداف ب- وحدة الخطة الصحية
جـ- أ، ب معا د- اللحظية

٥٤.تشمل مهارات العاملين في التخطيط الصحي علي
أ- مهارات تحليلية ب- مهارات الاتصال
جـ - مهارات الثقافة د- كل ما سبق

٥٥.يقصد بالمهارات الثقافية
أ- تحديد وتقييم الحالة الصحية ب- فهم أساليب البحث في جميع علوم الصحة العامة
جـ- تطوير وتبني أساليب لمعالجة المشاكل تأخذ في الاعتبار الاختلافات الثقافية د- أ، ب معا

٥٦.تشمل عناصر التخطيط الصحي علي :
أ- الأهداف ب- التنبؤ جـ- السياسات الصحية د – كل ما سبق

٥٧.من شروط تحقيق الأهداف في المجال الصحي
أ- عدم القابلية للقياس ب- مبهمة جـ- أ، ب معا د – محددة المدة

٥٨.من أمثلة الأهداف العامة
أ- الإنتاجية ب- زيادة الحصة المستشفي
جـ- تعظيم العائد علي الاستثمار د- كل ما سبق

٥٩.من محددات الأهداف التفصيلية

أ- الزمن ب- الكمية جـ- النوعية د- كل ما سبق

٦٠.مجموعة القواعد والنظم والمبادئ والقوانين واللوائح التي ترعها وتضعها الإدارة العليا يطلق علي ذالك

أ- الإجراءات ب- الأهداف جـ- السياسات الصحية د- التنبؤ

٦١.الإدارة المختصة بعمل السياسات الصحية في المنظمات الصحية هي

أ- الإدارة العليا ب- الإدارة الوسطي

جـ - الإدارة التنفيذية د - ب ، جـ معا

٦٢.المرحلة الأولي للتخطيط الصحي

أ- التحليل الإداري ب- تحليل الوضع الراهن

جـ- تحديد الأولويات د - التقييم

٦٣.تحقيق مستوي مرتفع من فعالية وكفاءة الأداء تعني

أ- وضع سياسات في صورة بيانات رسمية قابلة للتداول

ب- تقليص الوقت والجهد المبذول من قبل الإداريين في معالجة المسائل المتكررة

جـ - تحديد السياسات التي تكفل وحدة الهدف الرئيسي

د- تطابق وتجانس القرارات الاعتيادية مع الأهداف والإستراتجيات العامة

٦٤.تحديد الإجراءات يقصد بها

أ- تحديد السياسات الصحية المعلنة ب- تحديد خطوات العمل بالطريقة الصحيحة

جـ- تحديد مجموعة الطرق المختلفة لتنفيذ الأعمال د - تحديد الأهداف العامة للمنظمات الصحية

٦٥.من مزايا الإجراءات

أ- الحد من روح المبادرات لدي العاملين ب- رفع كفاءة العاملين

جـ- تحسين مستوي الأداء في المؤسسة الصحية د - ب ، جـ معا

٦٦.من عيوب الإجراءات

أ- تجميد الأعمال وتأخير الأداء ب- الحد من حافز الابتكار لدي العاملين

جـ - أ، ب معا د - مساعدة المديرين في الرقابة الفعالة علي الأداء

٦٧.تختلف طرق العمل عن الإجراءات في أنها

أ- أكثر تفصيلا من الإجراءات ب- تحدد الخطوات العامة للعمل

جـ- أكثر إجمالا من الإجراءات د- توفر في الوقت والتكاليف

٦٨.يشتمل التقييم علي

أ- قياس الأداء الفعلي ب- مقارنة الأداء الفعلي بالمستهدف
جـ- قياس الانحراف د – كل ماسبق

٦٩.من طرق جمع المعلومات
أ- الاستبيان ب- الملاحظة والمشاهدة
جـ- مناقشة المجموعات الاسمية د – كل ماسبق

٧٠.رسالة المشروع يقصد بها
أ- الصورة التي يجب أن تكون عليها الخدمات في المستقبل
ب- صياغة النواتج طويلة الأجل التي يمكن تحقيقها من خلال المشروع الصحي
جـ- أ ، ب معا د – الطرق والأساليب المستخدمة لتحقيق الرؤية المستقبلية

٧١.من الاعتبارات التي يجب مراعاتها عن الإعداد لتخطيط مرافق الخدمات الصحية
أ- وضع الخطة العامة للمرفق الصحي ب- فريق التخطيط الداخلي
ج- فريق التخطيط الخارجي د- كل ما سبق

٧٢.الإفتراضات التي يبني عليها التنبؤ هي
أ- افتراضات تبني علي تقديرات متشائمة ب- إفتراضات تبني علي تقديرات متفائلة
جـ- افتراضات تبني علي تقديرات أكثر احتمالا د - كل ما سبق

٧٣.يقصد بأساليب التنبؤ الوصفي بأنها
أ- أساليب تعتمد علي أساليب إحصائية ب- أراء مجموعة من الأشخاص عديمي الخبرة
جـ- أراء مجموعة من الأشخاص ذوي الخبرة الطويلة د- أ ، ب معا

٧٤.طريقة دلفي هي
أ- أداة من أدوات التنبؤ الكمي ب- أداة من أدوات التنبؤ الوصفي
جـ- عملية غير رسمية يقوم بها مجموعة من الخبراء للوصول إلي أفاق جماعي د – ب ، جـ معا

٧٥.من خطوات طريقة دلفي
أ- تحديد الظاهرة ب – تحديد أعضاء الاجتماع من الخبراء
جـ- الحصول علي إجابات الخبراء وأراتهم د- كل ما سبق

٧٦.أولي خطوات طريقة الجماعة الصورية هي
أ- تحديد أعضاء الاجتماع من الخبراء ب- تحديد المشكلة
جـ- تعين الإدارة الوسيط بين الأعضاء د- حل المشكلة

٧٧.من أشكال السلاسل الزمنية
أ- الاتجاه العام ب- التغيرات الموسمية
جـ- التغيرات الدورية د- كل ما سبق
٧٨.التغيرات العشوائية هي
أ - عبارة عن تحركات فجائية غير منتظمة
ب - عبارة عن تحركات فجائية منتظمة وعلي فترات زمنية متساوية
جـ - عبارة عن تحركات فجائية منتظمة وعلي فترات زمنية طويلة
د- ب ، جـ معا
٧٩.تستخدم البرمجة الخطية في
أ- تحديد الخليط الأمثل من المنتجات ب - تخطيط الحملات الإعلانية
جـ - تخطيط القوي العاملة د- كل ما سبق
٨٠.من الأساليب المستخدمة في نظام البرمجة الخطية
أ- الأسلوب البياني ب- الأسلوب الجبري
جـ- أسلوب السمبلكس د - كل ما سبق
٨١.الخطوة الرابعة من خطوات إعداد شبكة تقييم ومراجعة البرامج
أ- تحليل المسترجع ب- تقدير الوقت
جـ- تبعية وعدم استقلال الأنشطة د- إعداد الشبكة
٨٢.غاية التخطيط الإستراتيجي هو
أ - إيجاد خطة عامه طويلة المدي تبين المهام والمسئوليات للمنظمة الصحية
ب - إيجاد مشاركة متعددة المستويات في العمليات التخطيطية
جـ- تطوير المنظمة الصحية د - كل ما سبق
٨٣.يقصد بالغرض :
أ- معرفة النشاط الذي تختاره المنظمة الصحية للوصول إلي هذه الأهداف
ب- معرفة القيم والمثل العليا التي تحكم عمل المنظمة
جـ- معرفة الهدف من المنظمة الصحية وسبب وجودها وما تسعي لتحقيقه
د - أ ، ب معا
٨٤.يتم وضع الرؤية من خلال
أ- تحليل الماضي ب- تحليل الحاضر جـ- تحليل المستقبل د- كل ما سبق
٨٥.يتكون نموذج SOWT من
أ- عنصرين ب- أربعة عناصر جـ- خمسة عناصر د- سبعة عناصر
٨٦. ٢١- من العناصر التي تهتم بالبيئية الخارجية في نموذج SOWT
أ- الفرص فقط ب- مواطن القوة فقط
جـ- الفرص والتهديدات د- مواطن القوة والضعف

٨٧.من متطلبات نجاح التخطيط الإستراتيجي للخدمات الصحي
أ- توفير متطلبات الخطة الصحية ب- وجود القيادات والكوادر الإدارية المتخصصة
جـ- وضع برنامج زمني مناسب د- كل ما سبق
٨٨.من العوامل التي تؤدي إلي فشل التخطيط الصحي
أ- عدم توافر الالتزام الكافي لدي الإدارة العليا ب- عدم الاهتمام ببناء قاعدة بيانات دقيقة
جـ- وضع برنامج زمني محدد د- أ ، ب معا
٨٩.من العناصر التي يجب تحديدها عند وضع الخطة القومية للنشاط الصحي
أ- توفير البيانات والمعلومات اللازم للخطة
ب- تفهم واضح للقرارات والسياسات الصحية للدولة
جـ - اختيار البديل الممكن والمرضي من ضمن البدائل الموضوعة في الخطة
د- كل ما سبق
٩٠.من وظائف الخطة الخمسية بالهند
أ- تحديد إستراتجية لإنجاز الأهداف في ضوء الموارد المتاحة
ب- تجميع الخطط الصحية السنوية والجغرافية لوضع الخطة الخمسية الصحية
جـ - مناقشة المحافظات والوزارات في الخطة ودراسة إمكانية التنفيذ
د - كل ما سق
٩١.ترجع المشكلات الإدارية في المؤسسات الصحية إلي
أ - القرار الخطأ ب- التنفيذ الخطأ
جـ- التغير السلبي في الظروف المحيطة د- كل ما سبق
٩٢.من أبعاد المشكلات الإدارية في المؤسسات الصحية :
أ- عدم التوافق بين الواقع والمستهدف ب-التوقعات المستقبلية للمشكلات
جـ- القدرة علي التحديث والتطوير د- أ ، ب معا
٩٣.الخطوة الأولي لحل المشكلات في المجال الصحي
أ - تعريف المشكلة ب - جمع المعلومات الضرورية
جـ- إدراك المشكلة د- تحليل المعلومات
٣٢.٩٤- الأسلوب العلمي لتعريف المشكلة يقصد به
أ- الوصول إلي الأسباب الحقيقية للمشكلة ب- التعرف علي ظواهر المشكلة
جـ- العلاج والتعامل مع أعراض المشكلة د - ب ، جـ معا
٩٥.تهدف مرحلة تقييم البدائل إلي :
أ- حصر جميع البدائل التي يمكن أن تحل المشكلة ب- اختيار البديل الأمثل
جـ- الابتكار والإبداع في طرح الحلول د - استبعاد البدائل غير القابلة للتنفيذ .

٩٦.من خصائص القرار الإداري في مجال الخدمات الصحية
أ- الصفة الاجتماعية ب- لا يهدف إلي حل المشكلات
جـ- نتيجة لعملية بسيطة د- القرار الإداري نشاط يتعلق بالحاضر
٩٧.من خطوات اتخاذ القرار الإداري
أ- تحديد الهدف والأهداف المطلوب تحقيقها ب- البحث عن الحلول الممكنة لتحقيق الهدف
جـ- تحليل وتقيم البدائل د- كل ما سبق
٩٨.من الأركان القانونية للقرار
أ- السبب ب- الشكل جـ - الاختصاص النوعي د- كل ما سبق
٩٩.الأركان الفنية يقصد بها
أ- مجموعة العناصر التي تتعلق بترشيد وفعالية القرار الإداري
ب- مجوعة السمات والخصائص التي تشمل مشروعية القرار
جـ- تحديد جدوى القرار وملاءمته لتحقيق الهدف منه د- أ، ب معا
١٠٠. الأركان الفنية للقرار
أ- السلامة ب- القبول جـ - الهدف د - أ ، ب معا
١٠١. تقسم القرارات بمؤسسات الخدمات الصحية
أ- نوع واحد من القرارات ب- نوعين من القرارات
جـ - ثلاثة أنواع من القرارات د - أربعة أنواع من القرارات
١٠٢. القرارات التشغيلية ، عبارة عن القرارات التي يتم اتخاذها :
أ- بصورة عامة من قبل المديرين في المنظمات الصحية
ب- بصورة عامة من قبل كبار المديرين في المنظمات الصحية
جـ - وتتسم بالنمطية د- بصورة عامة من قبل مجلس الإدارة في المنظمات الصحية
١٠٣. من خصائص نظم دعم القرارات في المجال الصحي
أ- يقدم نظام دعم القرارات في كافة المستويات الإدارية
ب- يقدم نظام دعم القرارات في كافة مراحل عملية اتخاذ القرار
جـ - النظام سهل الاستخدام د - كل ما سبق
١٠٤. من المشكلات الإدارية بمؤسسات الخدمات الصحية
أ - المشكلات السلوكية ب- المشكلات الفنية
جـ- المشكلات التشغيلية د- كل ما سبق
١٠٥. الخطوة الأولي في نظام دعم القرارات في المجال الصحي هي
أ- تحديد القرارات الرئيسية ب- تحديد الموارد المتاحة
جـ- تعريف أهداف نظام دعم القرارات د- تعريف النماذج المعيارية

خامسا : تمارين

تمرين رقم (١) :

- قدرة التكاليف الثابتة لإحدى المستشفيات بمقدار ٥٠ ألف ريال سنوياً والتكلفة المتغيرة للوحدة ٢٥ ريال هذه مع العلم بأن سعر بيع الوحدة ٧٥ ريال.

والمطلوب :

- تحديد كمية التعادل، وقيمته.
- بيان مقدار الربح الذي يحققه المشروع عند إنتاج وبيع ٣٠٠ وحدة.

تمرين رقم (٢) :

- قدرت التكاليف الثابتة لإحدى المنظمات الصحية بمقدار مليون ريال ، والتكاليف المتغيرة للوحدة ٢٥٠ ريال ، وسعر بيع الوحدة ٥٠٠ ريال.

والمطلوب :

- حجم الإنتاج عند نقطة التعادل.
- حجم الإنتاج عندما ترغب المنظمة الصحية في تحقيق ربح قدره ٩٠٠ر٠٠٠ ريال.
- نسبة الطاقة المستغلة عند نقطة التعادل إذا علمت أن الطاقة الكلية للمنظمة الصحية ٢٠ر٠٠٠ وحدة.
- نسبة الطاقة المستغلة عند حجم الإنتاج السابق تحديده عند الربح سالف الذكر.

تمرين رقم (٣) محلول

فيما يلي البيانات المقدمة إليك والمستخرجة من سجلات إحدى شركات الأدوية

- الأصول الثابتة : أراضي ١٢٠٠٠ ، مباني ٣٠٠٠٠٠ ، آلات ١٢٠٠٠٠٠ ، مصروفات إدارية ٤٥٠٠٠ ، تكاليف متغيرة ٥ ريال الوحدة ، الإهلاك السنوي ٢٠% للآلات ، ٥% للمباني.

وقد عرض علي الشركة اختيار أحد البديلين التاليين:

١- إنتاج وبيع ٨٠٠٠٠ وحده بسعر ١٠ ريال للوحدة

٢- إنتاج وبيع ١٠٠٠٠٠ وحده بسعر ١٥ ريال للوحدة.

والمطلوب :

١- تحديد كمية المبيعات التي تحقق التعادل لكل من البديلين

٢- اختيار البديل المناسب للشركة وتبرير سبب الاختيار.

الحــــل

أولاً : تحديد نقطة التعادل :

التكاليف الثابتة (ث) السـنوية = م. إداريــة ٤٥+إهــلاك مبــانى١٥ إهــلاك آلات٢٤٠ = ٣٠٠٠٠٠ ريال

نقطة التعادل = التكاليف الثابتة ÷ (سعر بيع الوحدة – التكاليف المتغيرة للوحدة)

البديل الأول = ٣٠٠٠٠٠على ١٠– ٥ = ٦٠٠٠٠ وحدة

وتمثل قيمة المبيعات عند هذه النقطة = ٦٠٠٠٠ × ١٠ = ٦٠٠٠٠٠ ريال

البديل الثاني = ٣٠٠٠٠٠ على ١٥ – ٥ = ٣٠٠٠٠وحدة

وتمثل قيمة المبيعات عند هذه النقطة =

٣٠٠٠٠ × ١٥ = ٤٥٠٠٠٠ ريال

ثانياً : المفاضلة بين البديلين :

لاختيار أفضل بديل فإنه تتم المفاضلة على أساس الربح

الربح = الإيرادات – التكاليف

= (كمية المبيعات × سعر الوحدة) –

(ت ث + ت ع للوحدة × عدد الوحدات المباعة)

∴ ربح البديل الأول = (٨٠٠٠٠ × ١٠) – (٣٠٠٠٠٠ +٥ ×٨٠٠٠٠)

= ٨٠٠,٠٠٠ – (٣٠٠,٠٠٠ + ٤٠٠,٠٠٠) = ١٠٠,٠٠٠ ريال

ربح البديل الثاني = (١٠٠,٠٠٠ × ١٥) – (٣٠٠٠٠٠ + ٥ × ١٠٠٠٠٠)

(١,٥٠٠,٠٠٠ – (٣٠٠,٠٠٠ + ٥٠٠,٠٠٠) ٧٠٠,٠٠٠ ريال

بالرغم من أن كل البديلين يحقق ربحاً لأن حجم الإنتاج والمبيعات في كل منهما بعـد نقطة التعادل ، إلا أن البديل الثاني أفضل لتحقيقه أرباحاً أكبر.

تمرين رقم (٤) محلول :

- قدمت إليك البيانات التالية لإعداد قائمة نتائج الأعمال التقديرية لعام ٢٠١٥

المبيعات	٤٢٠ ألف ريال
نسبة مجمل الربح	٢٠%
مصروفات بيع وتوزيع	٣٦٠٠ ريال
مصروفات إدارية	١٤٠٠ ريال
فوائد	٥٠٠٠ جنيه
الضرائب	١٠% من صافى الربح

والمطلوب إعداد قائمة نتائج الأعمال التقديرية عن المدة المذكورة :

الحل

قائمة نتائج الأعمال التقديرية لعام ٢٠١٥

المبيعات		٤٢٠ر٠٠٠
– تكلفة المبيعات ٨٠% من المبيعات		٣٣٦ر٠٠٠
** مجمل الربح		٨٤ر٠٠٠
– م. بيع وتوزيع	٣٦٠٠	
– م. إدارية	١٤٠٠	٥٠٠٠
صافى الربح قبل الفوائد والضرائب		٧٩٠٠٠
– الفوائد		٥٠٠٠
∴ صافى الربح قبل الضريبة		٧٤ر٠٠٠
– الضرائب ١٠%		٧ر٤٠٠
∴ صافي الربح النهائي		٦٦ر٦٠٠

تمرين رقم (٥)

- فيما يلي الميزانية المقارنة لصيدلية الوفاء فى نهاية ٢٠١٤ والمتوقع لعام ٢٠١٥ . (المبالغ بالألف ريال)

الأصول	٢٠١٥	٢٠١٤	الخصوم	٢٠١٥	٢٠١٤
أصول ثابتة :			خصوم ثابتة:		
أراضي ومباني	٥٠	٦٠	رأس المال	١٢٠	١٠٠
ألآت	٣٠	٢٠	أرباح محتجزة	٨	١٠
أصول متداولة :			سندات	٥٠	٢٤
أ. مالية	٨	١٨	خصوم متداولة		
بضاعة	٢٤	٢٩	دائنون	٤٧	٨٥
مدينون	٨٠	٧٥	أوراق دفع	٣٧	٨
أ.قبض	٧٠	٥٥	بنك سحب على المكشوف	٤٠	٦٠
نقدية	٤٠	٣٠			
إجمالي الأصول	٣٠٢	٢٨٧	إجمالي الخصوم	٣٠٢	٢٨٧

والمطلوب :

(١) تصوير قائمة مصادر واستخدامات الأموال.

(٢) التعليق على القائمة وبيان سلامة التصرفات المالية للشركة.

تمرين رقم (٦)

فيما يلي البيانات المحاسبية المستخرجة من سجلات صيدلية الوفاء في ٢٠١٤/١٢/٣١ ، والمطلوب إعداد الميزانية العمومية للصيدلية في ٢٠١٤/١٢/٣١ مع بيان قيمة رأس المال وما رأيك في المركز المالي للصيدلية في هذا التاريخ.
الدائنون ١٤٠٠٠ - البضاعة ٦٨٠٠٠ - المدينون ٨٠٠ - الآلات والأثاث ٥٥٠٠٠ - الأراضي والمباني ٦٢٠٠٠ - أوراق الدفع ٢٩٠٠٠(تستحق الدفع بعد ٣٠ يوم) - النقدية ٩٢٠٠ - أجور مستحقة ٣٠٠٠ - رأس المال ؟؟؟؟ - مهمات ٤٠٠ .

الحل
الميزانية العمومية للصيدلية

صيدلية الوفاء
الميزانية العمومية في ٢٠١٤/١٢/٣١

الأصول | الخصوم وحقوق الملكية

٦٢٠٠٠	الأراضي والمباني	٢٩٠٠٠	أوراق الدفع
٥٥٠٠٠	الآلات والأثاث	١٤٠٠٠	الدائنون
٩٢٠٠	النقدية	٣٠٠٠	أجور مستحقة
٨٠٠	المدينون		
٤٠٠	المهمات	٤٦٠٠٠	اجمالى الخصوم
٦٨٠٠٠	البضاعة	١٤٩٤٠٠	رأس المال
١٩٥٤٠٠	إجمالي الأصول	١٩٥٤٠٠	إجمالي الخصوم وحقوق الملكية

وقد تم تحديد رأس المال بناء على المعادلة التالية:
إجمالي الأصول - إجمالي الخصوم = رأس المال
١٩٥٤٠٠ - ٤٦٠٠٠ = ١٤٩٤٠٠ ريال

أما عن المركز المالي للصيدلية فيبدو أنها في مركز مالي ضعيف جدا، فإجمالي الأصول السائلة (النقدية + المدينين) = ١٠٠٠٠ جنيه فقط، بينما الصيدلية مدينة بمبلغ ٤٦٠٠٠ ريال تستحق في المستقبل القريب، وما لم تتم عمليات بيع كبيرة فستصبح الصيدلية في حالة إعسار.

تمرين رقم (٧)

فيما يلي أرصدة ميزانيتي صيدلية الهدى في نهاية عامي ٢٠١٤|٢٠١٥ (الأرقام بالألف ريال) :

٢٠١٥	٢٠١٤	البيان	٢٠١٥	٢٠١٤	البيان
٥٠	٢٥	نقدية	٢٥٠	٢٥٠	رأس المال
–	٥٠	استثمارات	٢٧٥	٢٠٠	أرباح محتجزة
٢٠٠	٥٠	أوراق قبض	٧٥	١٠٠	أوراق دفع
٢٥٠	٣٠٠	بضاعة	٣٥٠	٢٢٥	بنك
٦٥٠	٤٥٠	الأصول الثابتة	١٠٠	٥٠	دائنون
			١٠٠	٥٠	قروض طويلة الأجل
١١٥٠	٨٧٥	إجمالي الأصول	١١٥٠	٨٧٥	إجمالي الخصوم وحقوق الملكية

ولقد توفرت لديك البيانات التالية عن عام ٢٠١٥: صافى المبيعات ٧٥٠ ألف جنيه، مجمل الربح ١٥٠ ألف ريال، المصروفات البيعية ٣٥ ألف ريال، المصروفات الإدارية ١٥ ألف ريال، مردودات المبيعات ١١٠ ألف ريال. والمطلوب: ١ – إعداد قائمة المصادر والاستخدامات في نهاية ٢٠١٥.

٢ – بيان النسب المالية التالية عن عام ٢٠١٥ فقط: نسبة التداول، نسبة السيولة السريعة، العائد على الاستثمار، معدل دوران البضاعة، معدل دوران الأصول المتداولة.

تمرين رقم (٨)

لختر الإجابة الصحيحة لكل عبارة من بين الإجابات المدونة بعد كل سؤال أسفل المصفوفة التالية (إذا فرضنا أن الأرقام الموضحة بالمصفوفة تمثل تكاليف :

البدائل / حالات الطبيعة	الحالة(١)	الحالة(٢)	الحالة(٣)
	%٦٠	%١٠	%٣٠
(١)	٨٠	٤٠	٣٠
(٢)	٤٠	٧٠	٦٠
(٣)	٣٠	٢٠	٤٠

١.البديل الذي توصي به وفقا لمعيار حالة الطبيعة الأكثر وقوعا هو : :
أ - البديل (١)   ب - البديل (٢) .   ج - البديل (٣)   .
٢.البديل الذي توصي به وفقا لمعيار القيمة المتوقعة :
أ - البديل (١)   ب - البديل (٢) .   ج - البديل (٣) .
٣ .البديل الذي توصي به وفقا لمعيار الندم :
أ - البديل (١)   ب - البديل (٢) .   ج - البديل (٣) .

تمرين رقم (٩)

توافرت لديك البيانات التالية

من \ إلى	جدة	الطائف	الباحة	مجموع
أ	١٢٠	١٠٠	٥٠	١٦٠٠
ب	١٥٠	٨٠	٢٠	١٤٠٠
ج	٨٠	٥٠	١٠٠	١٠٠٠
مجموع	٨٠٠	٢٠٠٠	١٢٠٠	٤٠٠٠

و المطلوب :

١- استكمال الجدول بالبرمجة الخطية (النقل) طريقة فوجل
٢- إيجاد التكلفة المبدئية
٣- اختبار مثالية الحل و الوصول لتكلفة هذا الحل

تمرين رقم (١٠)

فيما يلي بيان بالوقت الذي يستغرقه كل عامل في أداء كل عمل من الأعمال الخمسة الموضحة . والمطلوب : تخصيص العمال على هذه الأعمال حيث يتولى كل عامل عمل واحد وبما يحقق أقل وقت تشغيل ممكن .

الأعمال العمال	س	ص	ع	ل	ك
١	٤	٥	٩	٨	٧
٢	٦	٤	٨	٣	٥
٣	٧	٣	١٠	٤	٦
٤	٥	٢	٥	٥	٨
٥	٦	٥	٣	٤	٩

تمرين رقم (١١)

المطلوب تخصيص الأعمال الآتية للأقسام التشغيلية بإحدى المستشفيات الموضحة بما يحققه تخفيض وقت التشغيل إلى أقل وقت ممكن ، وبحيث يتولى كل قسم عمل واحد مع بيان قرار التخصيص :

الأقسام الأعمال	(أ)	(ب)	(جـ)
١	١٢	١٨	١١
٢	١٣	١٠	٨
٣	١٤	٩	١٤
٤	١٠	٧	١٢

تمرين رقم (١٢)

وردت أربع أوامر لأحد الأقسام بالمستشفي الدولي، وبه أربع آلات يمكن تشغيل كل أمر على كل آلة ، وطلب منك تخصيص أمر لكل آله بما يحقق أقل تكلفة تشغيل ممكنه . وفيما يلي بيان الوقت اللازم لتنفيذ كل أمر بالأيام لكل آله من الآلات الأربع :

الأوامر الآلات	أ ١	أ ٢	أ ٣	أ٤
س١	١٤	٢١	١٧	١٤
س٢	١٨	١٩	٢٠	١٦
س٣	١٥	١٩	١٥	١٧
س٤	١٦	١٤	٢٢	٢٠

تمرين رقم (١٣)

طلبت منك احدي المنظمات الصحية تخصيص موظف واحد لكل نوع من العمليات لديها بما يحقق أقل تكلفة ممكنه ، وقدمت إليك البيانات الخاصة بتكلفة إنجاز كل موظف للأنواع المختلفة من العمليات كما يلي :

العمليات الموظف	أ	ب	جـ	د
س	٣	٥	٢	٦
ص	٦	٩	١٠	٥
ع	٦	٦	٧	٩
ك	٦	٧	٤	٨

تمرين رقم (١٤)

فيما يلي بيانات الوقت الخاص بأحد المشروعات التي يتم التخطيط لها :

النشاط	مسار النشاط	الوقت بالأسابيع
أ	١-٢	٧
ب	١-٣	٤
جـ	٢-٤	٤
د	٣-٤	٩
هـ	٣-٥	٧
و	٤-٥	٦
ز	٤-٦	٥
حـ	٥-٦	١٢

والمطلوب :

١- رسم الشبكة المعبرة عن المشروع .

٢- حساب الوقت المبكر ، والمتأخر لكل حدث ، والمسار الحرج .

تمرين رقم (١٥)

فيما يلي بيانات الوقت الخاص بأحد المشروعات التي يتم التخطيط لها :

النشاط	النشاط السابق	الوقت العادي
أ	١ - ٢	٧
ب	١ - ٣	٣
جـ	٢ - ٤	٤
د	٣ - ٤	٥
هـ	٤ - ٥	٢
و	٤ - ٦	٤
ز	٥ - ٧	٥
ح	٦ - ٧	١٢

والمطلوب :

١- رسم الشبكة المعبرة عن المشروع .

٢- حساب الوقت المبكر ، والمتأخر لكل حدث ، والمسار الحرج .

تمرين رقم (١٦)

فيما يلي بيانات الوقت الخاصة بأحد المشروعات التي يتم التخطيط لها :

النشاط	مسار النشاط	الوقت بالأسابيع
أ	١-٢	٧
ب	١-٣	١٩
جـ	١-٤	٣٢
د	٢-٥	١٧
هـ	٢-٦	١٩
و	٣-٦	٨
ز	٤-٧	٩
ح	٥-٧	٧
ط	٦-٧	٣

والمطلوب :

١- رسم الشبكة المعبرة عن المشروع .
٢- حساب الوقت المبكر ، والمتأخر لكل حدث ، والمسار الحرج .

تمرين رقم (١٧)

فيما يلي بيانات الوقت الخاصة بأحد المشروعات التي يتم التخطيط لها :

النشاط	مسار النشاط	الوقت بالأسابيع		
		المتفائل	الأكثر احتمالا	المتشائم
أ	١-٢	٦	٩	١٨
ب	١-٣	٥	١١	١٧
جـ	١-٤	٩	١٠	١١
د	٢-٥	٦	١٠	١٤
هـ	٣-٦	٨	١١	٢٠
و	٤-٦	١٠	١٣	٢٢
ز	٥-٧	٨	١٠	١٢
ح	٦-٨	٤	٦	٨
ط	٧-٨	٢	٥	٨
ي	٧-٩	٥	٧	٩
ك	٨-٩	٧	٩	١١

والمطلوب :

١- رسم شبكة تمثل المشروع ، وبيان المسار الحرج

٢- حساب الوقت المبكر ، والمتأخر لكل حدث ، وحساب الوقت الفائض.


جامعة الطائف
TAIF UNIVERSITY
١٤٢٤هـ - ٢٠٠٣م